

**Sehr geehrte Patienten/innen,  
Sie möchten gern wieder gesund und leistungsfähig werden und etwas für Ihr Hormonsystem tun? Dann haben Sie schon den ersten Schritt getan und Kontakt zu mir aufgenommen.**

**Füllen Sie bitte die Unterlagen sorgfältig vollständig aus, so kann ich mir schon im Vorfeld einen Überblick verschaffen und bin optimal auf unseren ersten Termin vorbereitet, so dass wir effektiv gemeinsam an Ihrem Problem arbeiten können.**

**Falls Sie Laborwerte, Krankenhausberichte, MRT Berichte, Facharztberichte oä. haben, schicken Sie mir diese in Kopie bitte mit. Es erspart doppelte Diagnostikkosten und so können wir schneller mit einer effektiven Behandlung für Sie beginnen. Falls keine oder wenige vorliegen ist dies kein Problem, denn ich nehme in meiner Praxis auch Blut ab und veranlasse verschiedene Labore.**

**Bei unserem ersten Termin führe ich auch eine Schilddrüsenultraschalluntersuchung durch, diese dient der Verlaufskontrolle und ersetzt nicht die Untersuchung bei einem Arzt.**

**Bitte führen Sie ergänzend ein Ernährungsprotokoll über 7 Tage, Sie bringen dies bei Ihrem ersten Termin mit.**

**Bitte führen Sie auch eine Temperaturkurve (Vordruck liegt der Anamnese bei). Morgens nach dem Aufwachen 3 Minuten unter der Zunge messen und die Werte in die Kurve eintragen und die Punkte als Kurve verbinden. Bitte bis zu Ihrem Termin durchgängig führen und zum Ersttermin mitbringen. Dies erspart einiges an Laborkosten, dh. der Aufwand lohnt sich. Bitte zusätzlich über 3 besser 7 Tage 3x täglich messen und den Durchschnittswert in die Kurve eintragen (Beschreibung auf Vordruck).**

**Wenn Sie die Unterlagen ausgefüllt haben schicken Sie diese bitte mit der Post an Lebensraum Berit During 03048 Cottbus Leipziger Strasse 46 und geben bitte auch an, innerhalb welcher Zeiten Sie in die Praxis kommen können. Wenn die Unterlagen eintreffen kontaktiere ich Sie (bitte E-Mail und/oder Telefonnummer nicht vergessen) und wir vereinbaren einen Anamnesetermin. Falls Sie Ihre Unterlagen per E-Mail schicken bitte an [beritduring@gmail.com](mailto:beritduring@gmail.com) im PDF Format eine Gesamtdatei (bitte keine Bilddateien).**

**Auf Grund vieler Patienten kommt es leider sehr oft zu längeren Wartezeiten, bis Sie in die Praxis kommen können, ich bitte Sie dies einzuplanen. Wenn Sie es wünschen können Sie aber gern auf die Warteliste und falls ein anderer Patient seinen Termin verschieben muss, können Sie gern eher einen Terminvorschlag bekommen. Bitte eine kurze Info ob Sie dies wünschen.**

**Ernährungsprotokoll Datum Beginn:**

**Name:**

**Bitte schreiben Sie alle Getränke und Mahlzeiten inkl. der Zwischenmahlzeiten und Snacks mit ungefähren Mengenangaben in das Protokoll. Tragen Sie auch körperliches oder seelisches Befinden wie z B. Bauchschmerz, Müdigkeit, Blähungen, Kopfschmerzen, Wohlbefinden etc, in das Protokoll ein. Wenn ein neuer Tag eingetragen wird, bitte mit einer Linie trennen oder farblich kennzeichnen.**

**Tag/Uhrzeit Mahlzeit**

**Getränke**

**Befinden**

## Lebensraum

Praxis für physikalische und alternative Therapie Berit During  
Physiotherapeutin/Heilpraktikerin  
Leipziger Str. 46 – 03048 Cottbus      Telefon 0355/71 19 10  
www.LebensraumCottbus.de

### Patientendatenblatt

Name:      Vorname:  
Geburtsdatum:  
Wohnort mit PLZ.:  
Straße/Hausnummer:

Telefon privat:  
Handy:  
Telefon dienstlich:  
E-Mail:

Hausarzt:  
Krankenkasse:  
Heilpraktiker-Zusatzversicherung:  
Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden?:

#### Information:

Das Behandlungshonorar wird zu jeder Behandlung in bar fällig. In besonderen Fällen werden auch Sammelrechnungen erstellt. Kartenzahlung ist momentan nicht möglich. Für Selbstzahler gibt es Jahresquittungen zur Vorlage beim zuständigen Finanzamt. Diese enthalten keine Diagnosen oder Abrechnungsziffern!

In der Regel werden die Kosten der Behandlung durch einen Heilpraktiker von den gesetzlichen Krankenkassen nicht erstattet.

Die privaten Krankenversicherungen, die Beihilfestellen bzw. Zusatzversicherungen übernehmen die Kosten für die Behandlung durch einen Heilpraktiker ganz oder teilweise. Bitte erkundigen Sie sich im Vorfeld bei der zuständigen Stelle über die für Sie zutreffenden Erstattungsmodelle. Ich habe keinerlei Vertragsverhältnis mit privaten Krankenkassen oder der Beihilfestelle. Deshalb ist auch die Begleichung meiner Rechnungen völlig unabhängig von einer Erstattung dieser Stellen und muss zum Fälligkeitszeitpunkt der Rechnung beglichen werden!

#### Terminabsage:

Ich betreibe eine Bestellpraxis. Können vereinbarte Termine nicht eingehalten werden, müssen diese mindestens 2 Werktage vorher abgesagt werden - bei Erstanamneseterminen 3 Werktage. Anderenfalls wird eine Terminausfall-Gebühr (§615BGB) in Höhe des festgelegten Stundenhonorars in Rechnung gestellt.

Die Datenschutz - Einverständniserklärung habe ich erhalten, und stimme dieser zu.

Datum:  
Unterschrift:

**Einverständniserklärung** zur Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27.4.2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung).

Hiermit erteile ich, \_\_\_\_\_

mein Einverständnis für die schriftliche Erfassung, Speicherung und Verwendung meiner personenbezogenen Daten durch Physiotherapeutin und Heilpraktikerin Berit During und die in der Praxis Lebensraum Berit During 03048 Cottbus Leipziger Strasse 46 tätigen Kolleginnen zum Zwecke

a.) der Anlage einer Patientenkartei ( Name, Anschrift, Geburtsdatum, Krankenversicherung, Telefonnummer, E-Mail Adresse, mitbehandelnde Ärzte oder Therapeuten, bei Bedarf Sorge- bzw. Erziehungsberechtigten)

b.) der Erhebung einer Anamnese sowie Befund- und Behandlungsdokumentation

c.) der Erstellung von Therapieberichten ( auf ärztlichen oder persönlichen Wunsch )

d.) der aktualitäts bezogenen interdisziplinären Kommunikation ( Rücksprache mit Ihrem verordnenden bzw. behandelnden Arzt auch bei notwendiger Korrektur oder Rückfragen zu Ihrer Verordnung )

e.) der Rechnungslegung ( Privatzahler und Privatkassen )

f.) Kontaktaufnahme zur Terminabstimmung per E-Mail und / oder Telefon

g.) Bearbeitung der von Ihnen auf dem Praxisanrufbeantworter ( Tel. 0355/711910 ) hinterlassenen Informationen

h.) Bearbeitung der von Ihnen per E-Mail ( [physioduring@arcor.de](mailto:physioduring@arcor.de) [info@lebensraumcottbus.de](mailto:info@lebensraumcottbus.de), [beritduring@teawork.de](mailto:beritduring@teawork.de), [beritduring@gmail.com](mailto:beritduring@gmail.com) ) an mich adressierten Anfragen und Wünsche auch über das Kontaktformular auf der Internetseite ( [www.physioduring.de](http://www.physioduring.de), [www.lebensraumcottbus.de](http://www.lebensraumcottbus.de) )

i.) Bestellungen und Rezepturanfertigungen bei Apotheken im Sinne des Patienten.

j.) nach deutschen Recht geltenden Aufbewahrungsfristen von Patientenakten von mindestens 10 Jahren.

Mir ist bekannt, das ich diese Einverständniserklärung jederzeit schriftlich zu Händen von Berit During widerrufen kann ( ausgenommen Punkt j.)

Cottbus, den \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient \_\_\_\_\_

# Lebensraum

Praxis für physikalische und alternative Therapie Berit During  
Physiotherapeutin/Heilpraktikerin

Leipziger Str. 46 – 03048 Cottbus      Telefon 0355/71 19 10  
www.LebensraumCottbus.de

## Anamnesebogen

**Datum:**

**Tel.:**

**Name, Vorname:**

**Geb.:**

**Größe:**

**Gewicht:**

**Familienstand:**

**Erlerner Beruf:**

**Jetziger Beruf/ Tätigkeit:**

**Sport:**

**Grund des Kommens:**

**Therapieziel:**

**Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel inkl. Name, Hersteller,  
Dosierung:**

**Operationen /Unfälle/ Rachenmandel OP / Schwere Erkrankungen bitte mit ungefähren Jahres-, oder Altersangaben:**

**Leiden Sie an Störungen, Erkrankungen der folgenden Organsysteme oder waren schon einmal erkrankt. Ggf. bitte genaue Angabe der Erkrankung falls bekannt:**

**Malaria oder andere Tropenkrankheiten:**

**Tbc:** **Geschlechtskrankheiten:**

**Diabetes:**

**Herz-, Kreislauferkrankungen:**

**Schilddrüse:**

**Augen:**

**Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen?:**

**Ohren:**

**Tragen Sie Hörgeräte?:**

**Häufige Nebenhöhlenentzündungen oder andere Erkrankungen des Nasen, Rachenraumes:**

**Magen:**

**Darm:**

**Leber:**

**Gallenblase:**

**Bauchspeicheldrüse:**

**Niere:**

**Blase:**

**Zähne / Zahnfleischbluten:**

**Haut:**

**Lunge:**

**Neurologische Erkrankungen:**

**Psychische Erkrankungen:**

**Wirbelsäule/ Gelenke:**

**Allergien:**

**Unterstreichen Sie bitte zutreffendes und ergänzen die Angaben.**

kalte/warme **Hände**

kalte/warme **Füße**

**Stuhlgang:**            mal tgl. / alle            Tage / Konsistenz

**Blähungen:**

**Appetit:** gut/normal/schlecht/wechselnd

**Wie viele Mahlzeiten täglich, welche ist Ihre warme Mahlzeit?**

**Miktion (Wasser lassen):**    viel/wenig    hell/dunkel    nächtl. Wasserlassen

**Durst:** viel/normal/wenig

Trinkmenge

Liter/Tag

**Welche Getränke?**

**Wieviel Kaffee oder Schwarztee täglich?**

**Schlaf:** gut/normal/schlecht/wechselnd

Dauer

Aufwachzeit

Einschlaf

Durchschlaf

**Erkrankungen der weiblichen oder männlichen Geschlechtsorgane  
(Prostata,Uterus, Eierstöcke etc.):**

**Menses wieviel Zyklus- und Blutungstage / Intensität? Falls Menopause, bitte  
auch angeben wie der Zyklus war.**

**PMS?**

**Wechseljahre wann eingetreten?**

**Kinder:**

**Fehl/Totgeburten:**

**Pille/Spirale von wann bis wann, wenn möglich mit Angabe des Mittels:**

**Tinnitus:**

**Schwindel:**

**Sensibilitätsstörungen:**

**Rauchen Sie?:**

**Alkohol wieviel?:**

**Drogenkonsum?:**

**Impfungen, welche, wann?:**

**Fachärzte bitte mit Namen, Adresse, Ort:**



## Hormonprobleme Fragebogen

### Beschwerden (bitte Zutreffendes ankreuzen)

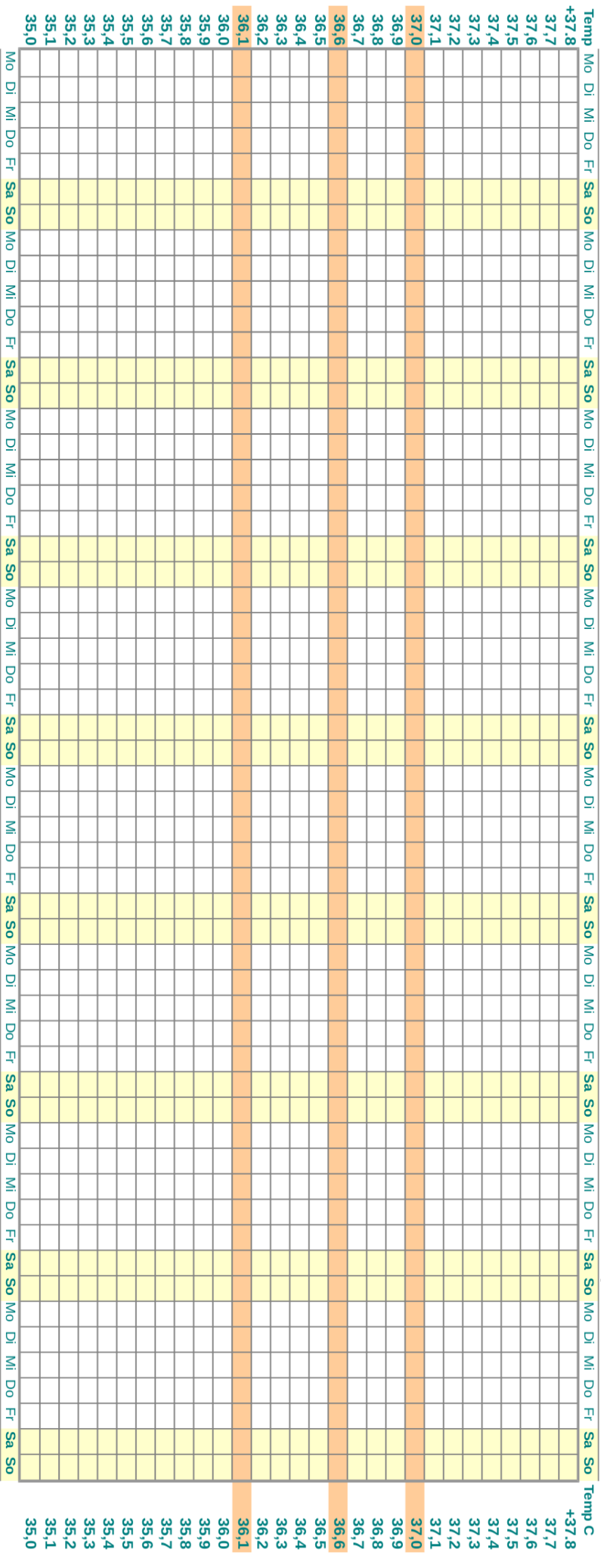
- Kann nicht lange durchhalten
  - Weniger Energie als andere
  - Tiefe Erschöpfung
  - Lange Erholungszeiten
  - Kältegefühl Hände und Füße
  - Hohes Cholesterin
  - Reizdarm
  - Verstopfung
  - Schmerzen in der Harnblase
  - Augenbrauen werden dünner
  - Trockene Haare
  - Rillen in den Fingernägeln
  - Brüchige Fingernägel
  - Haarausfall
  - Haare werden grau oder weiß
  - Einschlafneigung tagsüber
  - Vergesslichkeit
  - Wie Watte im Kopf
  - Gewichtszunahme
  - Libido vermindert
  - Starke Monatsblutung
  - Knochen- und Muskelschmerzen
  - Ohrenjucken
  - Krampfadern
  - Druck in Kehle, Kloßgefühl
  - Zittern
  - Durchfall
  - Allgemeine Schwäche
  - Mangelnde Belastbarkeit
  - Überempfindlichkeit
  - Wutausbrüche
  - Ungeduld
  - Grippe Symptome ohne Grippe
  - Kopfschmerzen
  - Körperschmerzen
  - Empfindliche Haut
  - Innere Unruhe
  - Heißhungerattacken
  - Benommenes Gefühl
  - Häufiges Harnlassen
  - Durchschlafstörung
  - Alles besser nach 18 Uhr
  - Schläfrig auf Kaffee
  - Schreckhaft
  - Prämenstruelles Syndrom
  - Schwellungen
  - Osteoporose
  - Ängste bis Panik
  - Karpaltunnelsyndrom
  - Bluthochdruck
- 
- Häufiges Räuspern und Husteln, heisere oder belegte Stimme
  - Trockene Haut (Ekzeme)
  - Schwellungen im Bereich der Augen, im Gesicht
  - Gewichtsveränderung
  - Tinnitus
  - Hörminderung
  - Verspannungen im Bereich des Schulter,- Nackenbereichs
  - Erhöhte Lichtempfindlichkeit
  - Schwindel
  - Pulsfrequenz stark erhöht ( >100 )
  - Pulsfrequenz stark verringert (<60 )
  - Verstärktes Auftreten von Leberflecken

# Naturheilpraxis Lebensraum Berit During 03048 Cottbus Leipziger Str. 46 Tel. 0355 / 71 19 10

**Temperaturkurve**

**Name:**

*Menstruationstage ankreuzen*



Datum

Messmethode in entsprechender Farbe ankreuzen / Unter der Zunge 3-5 Minuten messen (auch nach dem Signalton eines Digitalthermometers)

20 min warten nach Sport oder Mahlzeit

3 mal täglich messen: 3 Std. / 6 Std. / 9 Std. nach dem Aufstehen. Mittelwert (Temperatursumme : 3) in die Tabelle eintragen.

Basaltemperatur: morgens nach dem Wachwerden vor dem Aufstehen

Später Nachmittag

Vor dem Schlafen gehen