

## Naturheilpraxis natura sanat

Heilpraktiker Ralf Wiecker

Obernbergstraße 1

32105 Bad Salzufen

Tel.: 0 52 22 - 96 90 48

Email: [heilpraxis-wiecker@t-online.de](mailto:heilpraxis-wiecker@t-online.de)

Internet: [www.praxis-natura-sanat.de](http://www.praxis-natura-sanat.de)

### PRAXISFRAGEBOGEN - ANAMNESE:

Bitte füllen Sie alle Angaben so gut Sie können, aus. Unklare Fragen können Sie gern offen lassen. Diese klären wir dann im persönlichen Gespräch. Wenn Sie nicht wissen, wofür oder wogegen Sie vereinzelte Medikamente einnehmen, bringen Sie den Beipackzettel des Medikamentes mit. Auch Nahrungsergänzungsmittel geben Sie bitte an - vielen Dank!

#### Allgemeine Daten:

Name : ..... Vorname : .....  
PLZ : ..... Wohnort : .....  
Strasse : ..... Geburtsdatum : .....  
Erlernter Beruf: ..... Jetzige Tätigkeit: .....  
Krankenversicherung:..... Kostenerstattung (J/N)? .....

#### Fragen zur Erreichbarkeit:

Telefon (privat): ..... Telefon (mobil):.....  
Telefon (dstl.) : ..... Email : .....

#### Wie sind Sie auf mich gekommen?

☐ Internet ☐ Telefonbuch ☐ Gelbe Seiten  
☐ Vortrag/Seminar ☐ Anzeige ☐ pers. Empfehlung

#### Was erwarten Sie von meiner heilpraktischen Behandlung in meiner Praxis?

.....

Unter welchen Beschwerden leiden Sie und wie stark schätzen Sie diese ein ?  
(1= wenig oder kaum Beschwerden; 5= deutlich spürbar; 10 = max. vorstellbare Beschwerden )

Symptom/Beschwerde:..... Intensität (1-10):.....

Symptom/Beschwerde:..... Intensität (1-10):.....

Symptom/Beschwerde:..... Intensität (1-10):.....

Symptom/Beschwerde:..... Intensität (1-10):.....

Symptom/Beschwerde:..... Intensität (1-10):.....

Sonstiges:.....

Welche **Medikamente/ Nahrungsergänzungspräparate** nehmen Sie derzeit regelmäßig ein?

☐ Keine

<input type="checkbox"/> Medikament:	Grund:	wie häufig:	seit wann:
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

Haben Sie **Allergien**:

☐ nein

☐ ja, gegen .....

Leiden Sie an einer **Blutgerinnungsstörung**?

☐ nein

☐ ja

Körpergröße \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ Blutdruck bekannt? \_\_\_\_\_

**Vorerkrankungen:**

- |                                                    |                                            |                                                   |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck             | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung    | <input type="checkbox"/> Blutzuckerkrankheit      |
| <input type="checkbox"/> Magen-/Darmerkrankungen   | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung   |
| <input type="checkbox"/> Rheuma /Gicht             | <input type="checkbox"/> Osteoporose       | <input type="checkbox"/> Infektionen (HIV / AIDS) |
| <input type="checkbox"/> Hauterkrankung            | <input type="checkbox"/> Leberentzündung   | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung         |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung   | <input type="checkbox"/> Asthma            | <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankung    |
| <input type="checkbox"/> Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> Essstörungen      | <input type="checkbox"/> Burnout                  |

## Vegetative Anamnese:

Durstverhalten	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> vermindert	<input type="checkbox"/> vermehrt
Appetit	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> vermindert	<input type="checkbox"/> vermehrt
Stuhlgang	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> vermindert	<input type="checkbox"/> vermehrt
Wenn vermehrt	<input type="checkbox"/> mit Schleim	<input type="checkbox"/> mit Blut	<input type="checkbox"/> _____ Mal am Tag
Wasserlassen	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> vermehrt	<input type="checkbox"/> Startschwierigkeiten
	<input type="checkbox"/> mit brennen	<input type="checkbox"/> nachts öfter	
Schlaf	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> Schlafstörungen	
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> Einschlafen	<input type="checkbox"/> Durchschlafen	<input type="checkbox"/> immer müde
Schwitzen	<input type="checkbox"/> Nachtschweiß	<input type="checkbox"/> ohne Grund	
Durchblutung	<input type="checkbox"/> kalte Füße	<input type="checkbox"/> kalte Hände	<input type="checkbox"/> ständig warm
Sexualität	<input type="checkbox"/> vermindert	<input type="checkbox"/> verstärkt	<input type="checkbox"/> unbefriedigt
	<input type="checkbox"/> mit Beschwerden		
Gewicht	<input type="checkbox"/> konstant	<input type="checkbox"/> nicht konstant	
Wenn nicht konstant	<input type="checkbox"/> Zunahme	<input type="checkbox"/> Abnahme (ohne Diät)	
	_____ Kilogramm in	_____ Monaten	

## Für Patientinnen:

Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, im _____ Monat
Geburten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wann
Antibabypille	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Andere Verhütung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche
Monatsblutung regelmäßig	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Monatsblutung schmerzhaft	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Bisherige **Vorsorge**untersuchungen (Art/Jahr) \_\_\_\_\_

Letzte **Blut**untersuchung (Monat / Jahr): \_\_\_\_\_

Letzte **Impfungen** (Art / Jahr): \_\_\_\_\_

Wie viele **Amalgam-** bzw. **Goldplomben** haben Sie im Mund? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Amalgam Gold

Wenn Zähne saniert wurden, wann? \_\_\_\_\_ Wie viele Plomben hatten Sie vorher? \_\_\_\_\_

## Welche Genussmittel konsumieren Sie in welcher Menge?

Kaffee/Tee \_\_\_\_\_ Tassen tägl.; Zigaretten \_\_\_\_\_ tägl. - wie viele Minuten nach dem Aufstehen rauchen Sie Ihre erste Zigarette? \_\_\_\_\_ Minuten; Bier/Wein \_\_\_\_\_ Gläser tägl./wöchentl./monatl.

## Schmerzanamnese:

### Leiden Sie unter Schmerzen?

(bei mehreren Schmerzsyndromen ggf. Rückseite benutzen)

**0** nein **0** ja → wo genau ..... Seit.....

Stärke auf einer **Schmerzskala** von 1 - 10     0 1 0 2 0 3 0 4 0 5 0 6 0 7 0 8 0 9 0 10  
(1 = kein Schmerz, 10 = stärkster Schmerz)

**Wie oft:** 0 immer 0 mehrmals am Tag 0 alle paar Tage 0 wöchentlich 0 seltener als wöchentlich  
0 unregelmäßig

**Wie ist der Schmerz?** 0 ziehend 0 brennend 0 stechend 0 klopfend 0 drückend 0 kribbelnd  
0 reißend 0 kolikartig 0 krampfend 0 dumpf 0 beengend 0 bohrend 0 schneidend

**Schmerzverschlechterung** durch: .....

**Schmerzverbesserung** durch : .....

**Schmerzbegleitsymptome:** .....

Beurteilen Sie Ihren **Fitnesszustand**     0 1 0 2 0 3 0 4 0 5 0 6 0 7 0 8 0 9 0 10  
(1= total fit, 10 = gar nicht fit)

### Ihr persönliches Stressprofil:

1. Wie würden Sie Ihre derzeitige Stressbelastung einschätzen?

0 null 0 gering 0 mäßig 0 hoch 0 sehr hoch

2. Versuchen Sie den ursächlichen Anteil bei der Entstehung Ihres Stressproblems  
in Prozent zu schätzen. (z.B. Arbeit 45%, Freizeit 20%, Familie 35%)

Arbeit  Freizeit  Familie/Partner

Die folgenden Aussagen betreffen Ihr Wohlbefinden in den letzten zwei Wochen. Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Rubrik, die Ihrer Meinung nach am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten zwei Wochen gefühlt haben.

<i>In den letzten zwei Wochen ...</i>	Die ganze Zeit	Meistens	Etwas mehr als die Hälfte der Zeit	Etwas weniger als die Hälfte der Zeit	Ab und zu	Zu keinem Zeitpunkt
... war ich froh und guter Laune	5	4	3	2	1	0
... habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt	5	4	3	2	1	0
... habe ich mich energisch und aktiv gefühlt	5	4	3	2	1	0
... habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt	5	4	3	2	1	0
... war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren	5	4	3	2	1	0

Was sind die 3 wesentlichsten Änderungen der letzten 5 Jahre (z.B. Scheidung, Job, Umzug, etc.)?

1. .... 2. .... 3. ....

Welche 3 Dinge wollen Sie in den nächsten 5 Jahren verändern oder verwirklichen?

1. .... 2. .... 3. ....

Können Sie sich Gründe für Ihr Krankwerden vorstellen?

1. .... 2. .... 3. ....

## Einverständniserklärung:

Ich bin über entstehende Behandlungskosten und Dauer der Behandlung von HP Wiecker gründlich aufgeklärt worden. Das anfallende Honorar ist stets nach Beendigung der Sitzung / Testung in **bar** an Heilpraktiker Wiecker (gg. Quittung) zu entrichten (**Honorar für Kinder ermäßigt!**)

### Honorarübersicht:

• Ersttestung mit <b>PSE</b> incl. ausführl. Beratung	:	140,00 €	(1,5 Std.)
• Ersttestung PSE incl. Nahrungsmittelausschluss	:	190,00 €	(2,0 Std.)
• Ab Zweittestung mit PSE incl. Beratung	:	110,00 €	(1,5 Std.)
• Typgerechte Ernährung mit nutrityping® + Heilmittel	:	190,00 €	(2 Std.)
• Typgerechte Ernährung wie oben + NM-Testung	:	250,00 €	(2,5 Std.)
• Folgeberatung nutrityping	:	90,00 €	(1 Std.)
• Einkaufstraining	:	90,00 €	(1 Std.)
• Testung Magnetresonanz	:	60,00 €	(1 Std.)
• Umwelttoxischer Screentest (z.B. Impfungen, Zahnmaterialien, Metalle, Konservierungsstoffe etc. incl. Heilmitteltestung zur Ausleitung und Rezeptur)	:	80,00 €	(1 Std.)
• Medizinisch therapeutische Kinesiologie	:	90,00 €	(1 Std.)
• Kurztestung (Heilmittel/Pflanzen/Nahrung/Vitalstoffe)	:	40,00 €	(0,5 Std.)
• Erstsitzung Akupunktur (Ohr/Hand/Schädel/Körper)	:	60,00 €	
• Folgesitzung Akupunktur	:	50,00 €	
• Frequenztherapie / Induktionstherapie	:	40,00 €	(30 Min.)
• Bioresonanztherapie (Erstsitzung)	:	90,00 €	(60 Min.)
• Folgetherapie Bioresonanz	:	70,00 €	(45 Min.)
• Kurztherapie Bioresonanz	:	40,00 €	(30 Min.)
• Hypnose Erstsitzung	:	120,00 €	(1,5 Std.)
• Hypnose Folgesitzung	:	90,00 €	(60 min.)
• Mentalfeldtherapie/Klopfakupressur	:	80,00 €	(1 Std.)
• Coaching / Supervision (Gesundheitsberufe)	:	95,00 €	(1 Std.)
• Coaching (Privatpersonen)	:	95,00 €	(1,5 Std.)
• Kurzzeitpsychotherapie	:	95,00 €	(1,5 Std.)
• Rezeptausstellung Heilmittel/Vitalstoffe	:	10,00 €	

### PSE = Psychosomatische Energetik®, alle Zeitangaben sind Zirka-Angaben

Für die Erstsitzungen am \_\_\_\_\_ ist zunächst ein Honorar von \_\_\_\_\_ € vereinbart worden.

Ich erkläre mich ferner bereit, vereinbarte Termine einzuhalten, bzw. bei Nichteinhaltung HP Wiecker rechtzeitig, mindestens 2 Tage vorher, telefonisch oder in schriftlicher Form (Brief, Email) davon in Kenntnis zu setzen (ausgenommen höhere Gewalt z.B. Unfall, Krankheit etc.). Bei unentschuldigter Nichteinhaltung eines Termins ist ein Ausfallhonorar in Höhe von 60,00 € innerhalb von 7 Tagen an HP Wiecker zu zahlen. Die Datenschutzerklärung (DSGVO) habe ich ebenfalls zur Kenntnis genommen, sie unterschrieben und eine Kopie ausgehändigt bekommen.

Ort und Datum: .....

Vor- und Zuname in Druckschrift: .....

Unterschrift: .....

## **Datenschutzinformation und Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung**

**Name:** .....

.....

In unserer Praxis werden während Ihrer Behandlung personenbezogene vertrauliche Daten erhoben. Immer schon unterliegen alle Therapeuten und Mitarbeiter in unserer Praxis einer strengen Schweigepflicht. Nach dem jetzt in Kraft getretenen neuen Datenschutzrecht (EU-Datenschutz-Grundverordnung und Bundesdatenschutzgesetz) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie beim Datenschutz haben. Ferner ist Ihre ausdrückliche Einwilligung in die Datenerhebung erforderlich.

### **1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG**

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist: Ralf Wiecker, Heilpraktiker

Praxisname: Naturheilpraxis natura sanat

Adresse: Obernbergstraße 1, 32105 Bad Salzuflen

Telefon: 0 52 22 – 96 90 48

E-Mail: [heilpraxis-wiecker@t-online.de](mailto:heilpraxis-wiecker@t-online.de)

In unserem Bundesland ist in allen Datenschutzangelegenheiten Ansprechpartner:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen

Helga Block

Kavalleriestraße 2-4

40213 Düsseldorf

Telefon: 02 11/384 24-0

Telefax: 02 11/384 24-10

E-Mail: [poststelle@ldi.nrw.de](mailto:poststelle@ldi.nrw.de)

## **2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG**

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Heilpraktiker und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Heilpraktiker erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Heilpraktiker, Ärzte oder Psychologische Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z. B. in Therapeutenbriefen), wenn Sie sie von ihrer Schweigepflicht entbunden haben.

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

## **3. WEITERGABE IHRER DATEN AN DRITTE**

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte (z. B. ein Labor), wenn Sie eingewilligt haben.

## **4. SPEICHERUNG IHRER DATEN**

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Nach rechtlichen Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

## **5. EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG**

Durch Ihre Unterschrift erklären Sie sich ausdrücklich mit der für Ihre Behandlung notwendigen Erhebung und Speicherung persönlicher Daten einverstanden.



Sie haben das Recht, diese Einwilligung jederzeit zu widerrufen, jedoch wirkt ein Widerruf nur für die Zukunft, da nach gesetzlichen Bestimmungen eine Dokumentation Ihrer Behandlungsdaten zwingend vorgeschrieben ist. Nach Widerruf dieser Einwilligungserklärung ist allerdings eine weitere Behandlung nicht mehr möglich.

## **6. WEITERE EINWILLIGUNGSERKLÄRUNGEN**

Sie geben Ihre Einwilligung für den Fall, dass Ihnen Patienteninformationen per E-Mail oder auf anderem Wege zugesendet werden.

## **7. IHRE RECHTE**

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift des für unsere Praxis zuständigen Datenschutzbeauftragten/Aufsichtsbehörde können Sie oben Nr. 1. entnehmen.

## 8. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit § 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich jederzeit an uns wenden.

(Ort, Datum) .....

.....

Unterschrift Patient