



Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Interessentinnen und Interessenten,

auf den nachfolgenden Seiten finden Sie wichtige Hinweise für unsere künftige Zusammenarbeit. Ich bitte Sie, die folgenden Seiten in Ruhe gut durchzulesen und vollständig (leserlich) auszufüllen und zu unterschreiben. Sollten Sie Fragen dazu haben, kontaktieren Sie mich gerne.

Der unterschriebene und somit akzeptierte Behandlungsvertrag sowie die Datenschutzerklärung sind für eine künftige Zusammenarbeit notwendig und unerlässlich.

Um Ihnen und uns wertvolle Zeit zu sparen, bitte ich Sie auch den Fragebogen vollständig (leserlich) auszufüllen, damit ich mir vorab schon ein Bild über Sie und Ihre Beschwerden machen und mir somit schneller/leichter einen Überblick verschaffen kann.

Ich biete in meiner Praxis eine Vielzahl an verschiedenen (Diagnose- und) Heilverfahren an. Um unsere spätere Zusammenarbeit in der Praxis nicht mit zeitaufwändigem Papierkram zu unterbrechen bzw. um Ihren Geldbeutel zu schonen, erhalten Sie heute schon von mir eine Vielzahl an Aufklärungsbögen, auch wenn ggf. derzeit nicht alle Heilverfahren bei Ihnen Anwendung finden.

Wie bei allen Heilverfahren, auch in der Schulmedizin, können dort zum Teil auch unerwünschte Nebenwirkungen bzw. Reaktionen auftreten. Ich bin dazu verpflichtet, Sie vorab darüber aufzuklären. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Aufklärung und sind mit dem jeweiligen Heilverfahren einverstanden. Sollten hier Fragen oder Zweifel auftauchen, kontaktieren Sie mich gerne. Ein Widerruf ist hier jederzeit möglich. Sprechen Sie mich einfach (vorher) darauf an.

Haben Sie alle Bögen durchgelesen, zur Kenntnis genommen, vollständig (leserlich) ausgefüllt und unterschrieben, bitte ich Sie mir diese (vollständig, auch wenn ggf. ein Heilverfahren nicht gewünscht und unterschrieben ist) mind. 24, besser 48 Stunden vor Ihrem Erstgespräch an mich zurück zu schicken.

Vielen Dank für Ihr Verständnis. Ich freue mich auf eine gute Zusammenarbeit mit Ihnen.

Liebe Grüße,
- Ihre Heilpraktikerin -

Naturheilpraxis Nicole Stollberger
- Heilpraktikerin -
Am Alten Berg 3, 97488 Stadtlauringen
Tel.: 09724-6840550
www.naturheilpraxis-stollberger.de

Nicole Stollberger



Behandlungsvertrag

Der Patient:

Herr Frau

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Straße/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

bzw. dessen gesetzlicher Vertreter:

Herr Frau

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Straße/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Und die:

Naturheilpraxis Nicole Stollberger
- Heilpraktikerin -
Am alten Berg 3
97488 Stadtlauringen

schließen folgende Heilpraktiker-Behandlungsübereinkunft:

1. Anwendungsbereich des Behandlungsvertrages

a) Der Behandlungsvertrag regelt die Geschäftsbeziehungen zwischen Heilpraktiker und Patient als Behandlungsvertrag im Sinne der §§ 611 ff BGB, soweit zwischen den Vertragsparteien abweichendes nicht schriftlich vereinbart wurde.

b) Der Behandlungsvertrag kommt zustande, wenn der Patient das generelle Angebot des Heilpraktikers, die Heilkunde gegen jedermann auszuüben, annimmt und sich an den Heilpraktiker zum Zwecke der Beratung, Diagnose und/oder Therapie wendet.

c) Der Heilpraktiker ist jedoch berechtigt, einen Behandlungsvertrag ohne Angabe von Gründen abzulehnen, insbesondere dann, wenn ein erforderliches Vertrauensverhältnis nicht erwartet werden kann, es um Beschwerden geht, die der Heilpraktiker aufgrund seiner Spezialisierung oder aus gesetzlichen Gründen nicht behandeln kann oder darf oder die ihn in Gewissenskonflikte bringen können. In diesem Fall bleibt der Honoraranspruch des Heilpraktikers für die, bis zur Ablehnung entstandenen Leistungen, einschließlich Beratung, erhalten.

2. Vertragsgegenstand

Der Patient nimmt eine naturheilkundliche Behandlung des Heilpraktikers in Anspruch.

3. Inhalt und Zweck des Behandlungsvertrages

Der Heilpraktiker erbringt seine Dienste gegenüber dem Patienten in der Form, dass er seine Kenntnisse und Fähigkeiten der Ausübung der Heilkunde zur Beratung, Diagnose und/oder Therapie beim Patienten, unter Berücksichtigung von eventuellen Behandlungsverboten und seiner Sorgfaltspflicht, anwendet. Dabei werden in der Regel auch Methoden angewendet, die schulmedizinisch und/oder wissenschaftlich nicht anerkannt und/oder bewiesen sind und deren Wirksamkeit ebenfalls nicht wissenschaftlich und/oder schulmedizinisch bewiesen sind. Diese Methoden sind allgemein auch nicht kausal-funktional erklärbar und insofern nicht zielgerichtet. Insofern kann ein subjektiv erwarteter Erfolg der Methoden weder in Aussicht gestellt, noch garantiert werden.

4. Aufklärung/Hinweise

a) Die Behandlung des Heilpraktikers ersetzt eine ärztliche Therapie nicht vollständig. Sofern ärztlicher Rat erforderlich ist, wird der Heilpraktiker unverzüglich eine Weiterleitung an einen Arzt veranlassen. Dies gilt auch dann, wenn dem Heilpraktiker aufgrund eines gesetzlichen Tätigkeitsverbots eine Behandlung nicht möglich ist.

b) Der Heilpraktiker behält sich das Recht vor, Patienten (ggf. auch nur vorübergehend) bzw. deren Behandlung abzulehnen, z. B. wenn das Vertrauensverhältnis gebrochen wurde bzw. nicht gegeben ist oder während einer Schwangerschaft sowie im Wochenbett bzw. 3 Monate nach Geburt und ggf. in der Stillzeit, bei schwerwiegenden Fällen/Erkrankungen etc..

c) Ein Heilpraktiker rät niemals dazu Medikamente/Therapien, die vom Arzt/Krankenhaus etc. verordnet wurden (ggf. auch eigenverantwortlich) abzusetzen bzw. zu verändern.

d) Für die Erteilung einer Auskunft des Heilpraktikers an Dritte ist die schriftliche Einwilligung des Patienten/Klienten erforderlich.

e) Die gesetzlichen Krankenversicherungen übernehmen die Behandlungskosten des Heilpraktikers nicht, da Heilpraktiker nicht am System der gesetzlichen Krankenkassen teilnehmen. Gesetzlich versicherte Patienten haben die Behandlungskosten selbst zu tragen. Über etwaige Ausnahmen informieren Sie sich bitte bei Ihrer Krankenkasse vor Aufnahme der Behandlung.

Mitglieder privater Krankenversicherungen, privat Zusatzversicherte oder Beihilfeberechtigte können einen (Teil-) Erstattungsanspruch der Behandlungskosten gegenüber ihrer Versicherung haben. Hierzu erforderliche Unterlagen (u. a. Rechnungen) händigt der Heilpraktiker dem Patienten (ggf. kostenpflichtig) aus. Der Patient hat das Erstattungsverfahren gegenüber seiner Versicherung eigenverantwortlich durchzuführen. Die Erstattungen sind in der Regel auf die Sätze des Gebührenverzeichnisses (GebÜH) beschränkt, was jedoch nicht unbedingt zum Einsatz kommen muss. Das Ergebnis des Erstattungsverfahrens lässt den Honoraranspruch des Heilpraktikers gegenüber dem Klienten unberührt, sodass die Differenz in jedem Fall vom Patienten im vollen Umfang selbst zu tragen ist.

Die Ergebnisse sämtlicher Erstattungsverfahren haben keinen Einfluss auf das vereinbarte Heilpraktiker-Honorar. Der Honoraranspruch des Heilpraktikers ist vom Patienten, unabhängig von jeglicher Versicherungs- und/oder Beihilfeleistung, in voller Höhe zu begleichen.

f) Heilpraktiker verordnen keine verschreibungspflichtigen oder nicht zugelassenen Medikamente.

g) Die behandlungsrelevanten persönlichen Angaben und medizinischen Befunde des Patienten werden in einer Patientenkartei (handschriftlich und/oder digital) erhoben und gespeichert.

h) Der Therapieplan, sämtliche Rezepte/Verordnungen etc., sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung und Vervielfältigung/Weitergabe, oder Veröffentlichung, auch Auszugsweise – insbesondere in den sozialen Netzwerken – sind ohne Zustimmung des Verfassers unzulässig.

5. Mitwirkung des Patienten

Zu einer aktiven Mitwirkung ist der Patient nicht verpflichtet. Der Heilpraktiker ist jedoch berechtigt, die Behandlung abzurechnen, wenn das erforderliche Vertrauensverhältnis nicht mehr gegeben erscheint, insbesondere wenn der Patient Beratungsinhalte negiert, erforderliche Auskünfte zur Anamnese und Diagnose unzutreffend oder lückenhaft erteilt oder Therapiemaßnahmen vereitelt. Der behandelnde Heilpraktiker ist unverzüglich über neu aufgetretene Erkrankungen/Zustände (z. B. Schwangerschaft, Infektionserkrankungen etc.) zu informieren.

6. Nebenwirkungen

Es wird darauf hingewiesen, dass es, wie bei jeder Therapieform auch zu teils unerwünschten Nebenwirkungen, Erstverschlechterungen, Begleiterscheinungen oder Heilreaktionen in Form von „überschießenden“ Reaktionen kommen kann. Um dies weitestgehend einzuschränken ist der Heilpraktiker über Allergien/Unverträglichkeiten/Vorerkrankungen zu unterrichten. Sollte es bei dem Patienten zu derartigen Anzeichen von Nebenwirkungen, Erstverschlechterungen, Begleiterscheinungen oder Heilreaktionen in Form von „überschießenden“ Reaktionen kommen, so ist zunächst der behandelnde Heilpraktiker aufzusuchen und zu informieren. Ist dieser nicht erreichbar und/oder die Reaktionen etc. sehr beeinträchtigend, so ist der behandelnde Hausarzt und/oder, je nach Schwere der Symptomatik z. B. bei lebensbedrohlichen Situationen sofort das nächstgelegene Krankenhaus aufzusuchen bzw. den Rettungsdienst zu verständigen und den Heilpraktiker zeitnah zu informieren.

7. Honorierung des Heilpraktikers

a) Der Heilpraktiker hat für seine Dienste Anspruch auf ein Honorar, welches an das GebÜH angelehnt ist bzw. individuell vereinbart wird (sh. Abschnitt 7e).

b) Die Honorare sind (für jeden Behandlungstag) vom Patienten in bar an den Heilpraktiker gegen Quittung zu bezahlen bzw. die ausgestellte Rechnung, welche nur auf seinen Namen ausgestellt wird, jeweils innerhalb von 14 Tagen vollständig zu überweisen oder, sofern angeboten via Karte zu zahlen. Bei Kartenzahlung ist der Heilpraktiker berechtigt, die notwendigen Daten des Patienten (Kontonummer, Betrag, Rechnungsnummer, Name etc.) an den jeweiligen Zwischenvermittler (z. B. SumUp) bzw. der Bank weiterzugeben um den Betrag in voller Höhe vom Patienten-Konto auf das Heilpraktiker-Konto buchen zu lassen.

c) Vermittelt der Heilpraktiker Leistungen Dritter, die er nicht fachlich überwacht (z. B. Laborleistungen), ist der Heilpraktiker berechtigt, die von dem Dritten in Rechnung gestellten Beträge als eigene Honorarbestandteile geltend zu machen und mit dem Patienten in der voraussichtlichen Höhe gemäß Abschnitt b) abzurechnen.

d) Der Rechnungsbetrag ist in jedem Fall vollständig, abschlagsfrei an den (jeweiligen) Rechnungssteller zu zahlen. Dies gilt auch, wenn die Krankenkassen/Beihilfen etc. (sh. Abschnitt 4e) nur einen Teilbetrag (oder nichts) an dem Patienten zurückzahlen. Eine bereits ausgestellte Rechnung kann in keinem Fall nachträglich verändert werden.

e) Das Honorar berechnet sich in erster Linie nach dem Zeit-/Materialaufwand. Die derzeitigen Gebühren betragen je Sitzung/Termin (Anpassung/Änderungen sind jederzeit möglich - der Patient wird darüber informiert bzw. sind die aktuellen Preise über den Aushang in der Homepage ersichtlich):

Leistungspaket	Dauer	Preis in €	Hinweis
-----------------------	--------------	-----------------------	----------------

Kennenlerngespräch	max. 15 Min.	GRATIS	nur 1x je Patient/Familie als Erstkontakt zum Kennenlernen möglich (ggf. auch telefonisch etc., kann ggf. auch übersprungen werden, wobei Anspruch darauf dann erlischt)
Ersttermin bzw. Aufnahme, Anamnese, Untersuchung etc.	ab 1 Std.	70,- je Std.	Preis je angefangene 60 Min.
Dorntherapie	je 60 Min.	70,-	Je nach Umfang/Behandlungsgebieten
Schröpfen trocken		4,80	Nur in Kombi mit anderen Verfahren - ansonsten höherer Preis!
Schröpfen blutig		4,80	Je Schröpfkopf Nur in Kombi mit anderen Verfahren
Schröpfmassage		4,80	Nur in Kombi mit anderen Verfahren - ansonsten höherer Preis!
GuaSha		10,50	Nur in Kombi mit anderen Verfahren - ansonsten höherer Preis!
Wärmetherapie		3,-	Nur in Kombi mit anderen Verfahren
Anlegen eines Tapes/Crosstapes		5,20	
Infusion	30-120 Min.	22,-	zuzüglich Ampullen etc.
Injektion/Spritze in den Muskel		5,20	zuzüglich Ampullen etc.
Injektion/Spritze in die Vene		7,70	zuzüglich Ampullen etc.
Injektion/Spritze s. c.		5,20	zuzüglich Ampullen etc.
Quaddelbehandlung		7,-	
Hypnose (pauschal)	0,5-3 Std.	40,-	Preis je angefangene 30 Minuten
Setzen von Anker		10,-	Je Anker
Gewichtsreduktion a la Lipoweg	ca. 15-30 Min.	44,-	Es sind mehrere Termine in Serie nötig
Alternative Gewichtsreduktion	ca. 15-30 Min.	19,50	Es sind mehrere Termine in Serie nötig
Ohr-/Akupunktur	ca. 30 Min.	30,-	
Raucherentwöhnung a la Fumarexin	ca. 20-50 Min.	ca. 110,- (inkl. Ampulle)	einmalige Sitzung, weitere Behandlung nach Absprache. Preis kann sich ändern, je nach Höhe der Kosten der Ampulle
Hypnose zur Raucherentwöhnung		250,-	Preis für Raucherentwöhnung (1 Sitzung) inkl. Anker und Atemübung für zuhause (zusätzlich ist eine Nachbetreuung via Hypnose empfehlenswert (Preis sh. Hypnose pauschal))
Premium-Paket zur Raucherentwöhnung		349,-	Beinhaltet Fumarexin und Hypnose in einer Sitzung (zusätzlich ist eine Nachbetreuung via Hypnose empfehlenswert (Preis sh. Hypnose pauschal))
Chelat-Therapie ganze Infusion inkl. Verpflegung	3-4 Std.	50,-	zuzüglich Ampullen etc. Es sind meist mehrere Termine in Serie nötig
Chelat-Therapie halbe Infusion inkl. Verpflegung	1-2 Std.	37,20	zuzüglich Ampullen etc. Es sind meist mehrere Termine in Serie nötig
Labor (Blut/Stuhl/Urin/Speichel/ggf. Haare)		Je nach Umfang	Parameter werden gesondert vom jeweiligen Labor in Rechnung gestellt, zusätzlich kommen Kosten für die jeweiligen eigens erbrachten Praxisleistungen hinzu (zuzügl. Kosten für Besprechung)
Urinstatus		3,10	
Blutzucker Schnelltest		2,70	
Blutentnahme und Herstellung der Allergostop-Lösung		35,-	Zuzüglich Medikament (Allergostop) und Termine für Spritzen (2-3x wöchentl.)
Besprechung/Beratung in der Praxis	15 Min.	16,40	Preis je angefangene 15 Min.
Therapeutische Massage z. B. Breuss	60 Min.	70,-	
Therapeutische Massage	30 Min.	36,-	

Therapeutische Kurzmassage	ab 5 Min.-30 Min.	ab 6,- je 5 Min.	
Therapeutische Prana-Heilung und/oder Psychoprana je 60 Min.	je 60 Min.	70,-	Preis je angefangene Stunde
Therapeutische Prana-Heilung - Auflegen von Kristallen je 30 Min.	je 30 Min.	35,-	Preis je angefangene 30 Min.
Anlegen eines Wickels		bis 31,-	
Ultraschalluntersuchung			Auf Anfrage
Telefonsprechstunde	je 5 Min.	4,50	Preis je angefangene 5 Min.
Sonstige Inanspruchnahme eines Heilpraktikers je 30 Min.	je 30 Min.	35,-	Preis je angefangene 30 Min.
Aufschlag bei Terminen außerhalb der regulären Sprechstunde		ab 10,-	
Ausfall-Honorar		70,-	wenn der jeweilig vereinbarte Termin nicht innerhalb 24 Std. vorher abgesagt und somit nicht in Anspruch genommen wurde

Eventuelle weitere Kosten, welche im Laufe der Zeit entstehen können werden bei Bedarf durch eine Zusatzvereinbarung geregelt.

8. Honorarerstattung durch Dritte

a) Soweit der Patient Anspruch auf Erstattung oder Teilerstattung des Honorars durch Dritte hat oder zu haben glaubt, werden die anderen Ziffern hiervon nicht berührt.

b) Absatz a) ist nicht anzuwenden, wenn der Heilpraktiker aufgrund gesetzlicher Vorschriften zur Weitergabe der Daten verpflichtet ist (z. B. Meldepflicht bei bestimmten Diagnosen) oder auf behördliche oder gerichtliche Anordnung auskunftspflichtig ist. Dies gilt auch bei Auskünften an Personensorgeberechtigte, nicht aber für Auskünfte an Ehegatten, Verwandte oder Familienangehörige und andere Dritte. Absatz a) ist ferner nicht anzuwenden, wenn in Zusammenhang mit der Beratung, Diagnose oder Therapie persönliche Angriffe gegen ihn oder seine Berufsausübung stattfinden und er sich mit der Verwendung zutreffender Daten oder Tatsachen entlasten kann.

c) Der Heilpraktiker führt Aufzeichnungen über seine Leistungen (handschriftlich und/oder digital). Absatz b) sowie die DSGVO bleibt unberührt.

d) Sofern der Patient eine Behandlungs- oder Krankenakte verlangt, erstellt diese der Heilpraktiker kosten- und honorarpflichtig aus der Handakte. Soweit sich in der Handakte Originale befinden, werden diese in der Behandlungsakte in Kopie beigelegt. Die Kopien erhalten einen Vermerk (Stempelaufdruck oder Aufkleber etc.).

e) Handakten werden vom Heilpraktiker mind. 10 Jahre nach der letzten Behandlung oder 10 Jahre nach dem Tod des Patienten vernichtet. Die Vernichtung unterbleibt, wenn Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die Akte für Beweis Zwecke infrage kommen könnten.

9. Rechnung

Der Patient erhält je Termin oder spätestens zum Quartalsende, wenn im entsprechenden Zeitraum eine Inanspruchnahme des Heilpraktikers stattfand, eine Rechnung. Die Ausstellung erfolgt gebührenfrei. Diese Rechnung enthält Namen und Anschrift sowie Geburtsdatum und Diagnosen des Patienten sowie die Anschrift und den Namen des Heilpraktikers. Sie spezifiziert den Behandlungszeitraum und die bezahlten/zu bezahlenden Honorare, Dritt- und Nebenleistungen. Außerdem enthält diese Rechnung die jeweils erbrachten Einzelleistungen mit der entsprechenden Gebüh-Ziffer und ggf. Steigerungssatz. Der Patient wird hiermit belehrt, dass diese Rechnungsform bereits den Bruch der Vertraulichkeit und Verschwiegenheitspflicht bedeutet und dem schriftlichen Auftrag des Patienten grundsätzlich widerspricht.

10. Ausfallhonorar und Termine

a) Versäumt der Patient einen fest vereinbarten Termin (auch Online oder mündlich vereinbart) bzw. ist bei Hausbesuchen nicht anzutreffen, schuldet er dem Heilpraktiker ein Ausfallhonorar in Höhe des vollen Stundensatzes (70,- €, ggf. inkl. Anfahrtsgebühren). Dies gilt nicht, wenn der Patient **mindestens 24 Stunden vor** dem vereinbarten Termin absagt oder ohne sein Verschulden am Erscheinen verhindert ist. Der Nachweis, dass kein Schaden oder nur ein wesentlich niedrigerer entstanden ist, bleibt hiervon unberührt. Ebenso der Nachweis eines höheren Schadens durch den Heilpraktiker.

b) Die weiteren Intervalle für Behandlungen bzw. Therapien und Untersuchungen werden nach Zustand und Art der Erkrankung vom Heilpraktiker vorgeschlagen. Der Patient kann diese auf Wunsch jederzeit abrechnen unter Berücksichtigung des Abschnittes a).

c) Der behandelnde Heilpraktiker behält sich das Recht vor, in dringenden Fällen (z. B. Krankheit etc.) auch sehr kurzfristige Termine abzusagen. Der Patient hat in diesem Fall keinen Anspruch auf ein Ausfallhonorar o. ä., erhält jedoch, soweit möglich einen Ersatztermin zu einem anderen Zeitpunkt.



d) Kommt der Patient zum vereinbarten Termin zu spät, wird, je nach Verspätungszeit kostenfrei ein neuer Termin vereinbart oder nur die restliche, für den Patienten veranschlagte Zeit für ihn in Anspruch genommen. Gleichzeitig behält sich der Heilpraktiker das Recht vor, die volle (Ausfall-)Zeit zu honorieren.

11. Meinungsverschiedenheiten

Meinungsverschiedenheiten sollten gütlich beigelegt werden. Hierzu empfiehlt es sich, Gegenvorstellungen, abweichende Meinungen oder Beschwerden zunächst mündlich und gegebenenfalls schriftlich der jeweils anderen Vertragspartei kostenfrei vorzulegen.

12. Datenschutz

Die folgende Einverständniserklärung zur Erhebung/Verarbeitung/Übermittlung der Patientendaten sowie die DS-GVO-Erklärung sind Bestandteil dieser Vereinbarung. Außerdem gilt das geltende Recht (u. a. der DS-GVO).

13. Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen des Behandlungsvertrages und der DS-GVO ungültig oder nichtig sein oder werden, wird damit die Wirksamkeit des Behandlungsvertrages und der DS-GVO insgesamt nicht tangiert. Die ungültige oder nichtige Bestimmung ist vielmehr in freier Auslegung durch eine Bestimmung zu ersetzen, die dem Vertragszweck und dem Parteiwillen am nächsten kommt.

Mit nachstehender Unterschrift bestätige ich, dass ich umfassend über die naturheilkundliche Diagnostik und die Therapieverfahren, sowie deren Abrechnung u. Datenschutz aufgeklärt worden bin, alles verstanden habe sowie keine weiteren Fragen oder Einwände habe und somit mit dem Behandlungsvertrag, nach ausreichender Bedenkzeit einverstanden bin.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich die Leistungen etc. selbst bezahlen muss.

Ort, Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

Naturheilpraxis Nicole Stollberger
- Heilpraktikerin -
Am Alten Berg 3, 97488 Stadtlauringen
Tel.: 09724-6840550
www.naturheilpraxis-stollberger.de



Aufklärung Datenschutz

Patient: _____ geb.: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
nach der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) bin ich mit Wirkung zum 25.05.2018 verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck ich Ihre personenbezogenen Daten erheben, speichern und ggf. an Dritte weiterleiten und welche Rechte Ihnen bezüglich Ihrer Daten zustehen.

Im Einzelnen führen wir insofern wie folgt aus:

1. Der Verantwortliche für die Verarbeitung der Patientendaten ist die Praxisinhaberin: Nicole Stollberger, Am Alten Berg 3, 97488 Stadtlauringen, Telefon: 09724-6850440. Ein ständiger Vertreter und/oder Datenschutzbeauftragter ist in der Praxis nicht vorhanden.
2. Ihre personenbezogenen Daten werden zum Zwecke der heilkundlichen Versorgung sowie zur Abrechnung und Bezahlung der Leistungen erhoben und im automatisierten Praxisverwaltungssystem und in den händischen Patientenakten gespeichert. Bei den Daten handelt es sich neben Ihren Kontaktdaten insbesondere um Gesundheitsdaten wie Frage- und Aufklärungsbögen, Anamnese, Untersuchung, Medikation, Diagnosen, Therapieempfehlungen, Befunde usw. Auch andere Heilpraktiker/Ärzte/Labore etc., bei denen Sie sich in Behandlung befinden, können mir zu diesem Zweck Daten zur Verfügung stellen.
Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist auf der Grundlage des Behandlungsvertrages zwischen Ihnen und dem Praxisinhaber ist freiwillig, jedoch eine notwendige Voraussetzung für eine adäquate und sorgfältige Behandlung.
3. Die Übermittlung der Daten an Dritte erfolgt nur, soweit es rechtlich zulässig ist oder Sie hierzu ausdrücklich eingewilligt haben. Dritte in diesem Sinne können andere Leistungserbringer (Heilpraktiker/Ärzte/Physiotherapeuten/Labore usw.), Krankenversicherungen oder auch eine Verrechnungsstelle sowie die Bank bzw. SumUp (bei Zahlung via Karte bzw. Überweisung) etc. sein.
4. Ihre personenbezogenen Daten werden in der Praxis bzw. im Abrechnungsprogramm noch mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufbewahrt (§ 630 f BGB). Unter Umständen können sich nach anderen gesetzlichen Bestimmungen auch längere Aufbewahrungsfristen ergeben (bspw. Müssen Aufzeichnungen über Röntgenbehandlungen gem. 3 28 Abs. 3 RöV noch mindestens 30 Jahre nach der Behandlung aufbewahrt werden.)
5. Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung sind
Der Behandlungsvertrag bzw. die AGB's zwischen Praxisinhaber und Patient,
Art. 6 Abs. 1 b) Art. 9 Abs. 2 f), h) i.V. m. Abs. 3 DS-GVO,
3 22 Abs. 1 Nr. 1 b) BDSG und
die in diesem Zusammenhang von Ihnen angegebenen Einwilligungserklärungen, Behandlungsverträge, Fragebögen etc..
6. Ihnen stehen bezüglich Ihrer Daten verschiedene Rechte zu:
So können sie Auskunft über die erhobenen Daten und die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Unter bestimmten Voraussetzungen steht Ihnen auch das Recht auf Löschung der gespeicherten Daten zu. Auf die Einschränkung der Verarbeitung/Sperrung der Daten haben Sie, soweit die Voraussetzungen gegeben sind, ebenfalls Anspruch.
Soweit die Voraussetzungen dafür erfüllt sind, steht Ihnen des Weiteren das Recht auf Datenübertragbarkeit zu (sog. Recht auf Datenportabilität).
Eine erteilte Einwilligung in die Datenverarbeitung können Sie jederzeit widerrufen. Näheres zu diesem Widerrufsrecht lässt sich dem jeweiligen Einwilligungs-Formular entnehmen.
Und schließlich steht Ihnen das Recht auf Beschwerde bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu, soweit Sie der Auffassung sind, dass die Verarbeitung der erhobenen Daten gegen die DS-GVO verstößt.
7. Folgende Personen dürfen Auskunft über meine Behandlung erhalten:

1. _____
Name, Anschrift, Tel.

2. _____
Name, Anschrift, Tel.

3. _____
Name, Anschrift, Tel.

Bei Fragen zu den einzelnen Punkten stehe ich Ihnen selbstverständlich jederzeit gerne zur Verfügung.

Ort, Datum

Unterschrift Patient bzw. dessen Vertreter

Naturheilpraxis Nicole Stollberger
- Heilpraktikerin -
Am Alten Berg 3, 97488 Stadtlauringen
Tel.: 09724-6840550
www.naturheilpraxis-stollberger.de

Aufklärung Datenschutz
Seite 1 von 1



Patienten-Fragebogen

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen wahrheitsgemäß, vollständig und gut leserlich aus (ggf. neues Blatt/Rückseite verwenden) und senden ihn mit den anderen Unterlagen VOR Ihren ersten Termin zurück! Messen Sie auch in jedem Fall, wie unten angegeben Ihre Temperatur, auch wenn es augenscheinlich nicht zu Ihren Beschwerdebild auf den 1. Blick zu passen scheint (je nach Zeitspanne bis zum Termin ggf. auch Werte nachreichen). Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der beruflichen Schweigepflicht.

Datum: _____

Anrede Patient: Herr Frau Dr. Prof.

Nachname Vorname Geburtsdatum

Straße Hausnummer

PLZ Ort

Telefon/Handy Fax Mail

Versichert bei

Gesetzlich privat Zusatzversicherung

Alter: _____ Jahre

Größe: _____ cm Kleiner geworden: Ja Nein _____ cm

Gewicht: _____ kg Abgenommen: Ja Zugenommen: Ja

Name Hausarzt Straße Hausnummer

PLZ Ort Telefon

Auf mich aufmerksam geworden durch: _____



Messen Sie bitte an 3 aufeinanderfolgenden Tagen jeweils 5-mal am Tag Ihre **Körpertemperatur unter der Zunge** (Mund geschlossen halten) **jeweils VOR dem Essen**. Achten Sie darauf, dass Ihr Kopf dabei nicht ausgekühlt ist und Sie nichts sehr Kaltes oder warmes/heißes getrunken haben!

Temp., °C	Datum	Nach Aufstehen	Gegen 11 Uhr	Gegen 16 Uhr	Gegen 20 Uhr	Vor Einschlafen
1.Tag						
2.Tag						
3.Tag						

Bitte kreuzen Sie Ihre **derzeitigen** (ggf. zusätzlichen) **Beschwerden** an:

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kann nicht lange durchhalten <input type="checkbox"/> Weniger Energie als andere <input type="checkbox"/> Tiefe Erschöpfung <input type="checkbox"/> Lange Erholungszeiten <input type="checkbox"/> Wassereinlagerungen <input type="checkbox"/> Erhöhte Blutzuckerwerte <input type="checkbox"/> Kältegefühl Hände/Füße <input type="checkbox"/> Hohe Cholesterinwerte <input type="checkbox"/> Reizdarm <input type="checkbox"/> Verstopfung <input type="checkbox"/> Trockene Haut u. Haare <input type="checkbox"/> Schmerzen in der Harnblase <input type="checkbox"/> Rillen, brüchige Fingernägel <input type="checkbox"/> Haare werden grau oder weiß <input type="checkbox"/> Einschlafneigung tagsüber <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen <input type="checkbox"/> Vergesslichkeit <input type="checkbox"/> Wie „Watte im Kopf“ <input type="checkbox"/> Gewichtszunahme <input type="checkbox"/> Knochen- oder Muskelschmerzen <input type="checkbox"/> Ohrenjucken <input type="checkbox"/> Karpaltunnelsyndrom/nachts einschlafende Hände <input type="checkbox"/> Druck in der Kehle <input type="checkbox"/> Kloßgefühl <input type="checkbox"/> Hervortretende Augen seit einiger Zeit <input type="checkbox"/> Fibromyalgie 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Augenbrauen werden dünner <input type="checkbox"/> Haarausfall seitliche Augenbrauen <input type="checkbox"/> Ängste bis Panik <input type="checkbox"/> Herzklopfen <input type="checkbox"/> Zittern <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Überempfindlich, schreckhaft <input type="checkbox"/> Wutausbrüche <input type="checkbox"/> Ungeduld <input type="checkbox"/> Grippe Symptome ohne Grippe <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Körperschmerzen <input type="checkbox"/> Empfindliche Haut <input type="checkbox"/> Innere Unruhe <input type="checkbox"/> Heißhungerattacken <input type="checkbox"/> Reisekrankheit <input type="checkbox"/> Schläfrigkeit auf Kaffee <input type="checkbox"/> Häufiges Harnlassen <input type="checkbox"/> Durchschlafstörungen <input type="checkbox"/> Allergien verschlechtern sich <input type="checkbox"/> Infektneigung <input type="checkbox"/> Alles besser nach 18 Uhr <input type="checkbox"/> Gewichtsabnahme <input type="checkbox"/> Lichtempfindlich <input type="checkbox"/> Unterzuckergefühl 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Libido vermindert <input type="checkbox"/> Schmerzen in der Harnblase <input type="checkbox"/> Prämenstruelles Syndrom <input type="checkbox"/> Starke Monatsblutung <input type="checkbox"/> Schwellungen <input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Hitzewallungen <input type="checkbox"/> Haare an Achseln, Arme/Beine und/oder im Intimbereich gehen aus/werden dünner <input type="checkbox"/> Erschöpfung <input type="checkbox"/> Depressive Verstimmung <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen <input type="checkbox"/> Schlafstörungen <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Verspannung im Nacken <input type="checkbox"/> Brüchige Nägel <input type="checkbox"/> Unruhige Beine <input type="checkbox"/> Haarausfall Kopf <input type="checkbox"/> Häufige Virusinfekte oder Pilzbefall/Candida <input type="checkbox"/> Entzündete/offene/wunde Mundwinkel <input type="checkbox"/> Brennen der Zunge <input type="checkbox"/> Müdigkeit <input type="checkbox"/> Essen von Unverdaulichen wie Sand/Papier/Steine etc.
--	--	---



<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Vermehrtes Bauchfett <input type="radio"/> Denkstörungen <input type="radio"/> Herzklopfen oder Herzrhythmusstörungen 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Verdauungsstörungen <input type="radio"/> Hitze ist schwer zu ertragen <input type="radio"/> ADHS/ADS <input type="radio"/> Sensibel gegenüber Strahlung 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Unfruchtbarkeit <input type="radio"/> Gefühlsstarre <input type="radio"/> Vergesslichkeit <input type="radio"/> Insulinresistenz/Diabetes <input type="radio"/> Myome
---	---	---

Ihr Beruf: _____

Früher ausgeübte Berufe/Tätigkeiten: _____

Schichtdienst

Besondere berufliche Belastungen: _____

Umgang mit Giftstoffen (früher/heute): _____

Treiben Sie Sport? Ja Nein Wie oft? _____ Welchen? _____

Haben Sie Haustiere o. ä.? Ja Nein Welcher Art? _____

Sie sind: Ledig verheiratet geschieden getrennt lebend

Lebenspartner in einer Beziehung

Kinder: Ja Nein Eigene? Ja

Sie sind: schwanger stillen fraglich schwanger im Wochenbett

Was/Wie nehmen Sie aktuell an Medikamente bzw. Nahrungsergänzungsmittel etc. ein?

1. _____

Medikament _____ Dosis _____

Warum _____ verordnet von _____

2. _____

Medikament _____ Dosis _____

Warum _____ verordnet von _____

3. _____

Medikament _____ Dosis _____

Warum _____ verordnet von _____

4. _____

Medikament _____ Dosis _____

Warum _____ verordnet von _____

5. _____

Medikament _____ Dosis _____

Warum _____ verordnet von _____

6. _____
Medikament _____ Dosis _____
Warum _____ verordnet von _____

7. _____
Medikament _____ Dosis _____
Warum _____ verordnet von _____

8. _____
Medikament _____ Dosis _____
Warum _____ verordnet von _____

9. _____
Medikament _____ Dosis _____
Warum _____ verordnet von _____

10. _____
Medikament _____ Dosis _____
Warum _____ verordnet von _____

Nehmen Sie Marcumar oder andere „Blutverdünner“ ein? Ja Nein
Welche? _____ Quick/INR-Wert aktuell: _____

Nehmen Sie zurzeit Antibiotika/Penicillin ein? Ja Nein
Was? _____ seit wann? _____ Dosis? _____
Warum? _____ wie lange noch? _____

Raucher - seit _____ Jahre Konsum: _____ Zigaretten pro Tag

Nichtraucher - seit _____ Jahre

Drogen regelmäßig Alkohol _____ Liter täglich

Allergien (aktuell und frühere)? Welche? _____

Unverträglichkeiten (aktuell und frühere)? Welche? _____

Krankenhausaufenthalte? Wann? Weshalb? _____

Operationen? Welche? Wann? _____:

Kuren/Reha? Weshalb? _____

Haben oder hatten Sie schlecht- oder nicht-heilende Wunden? Ja Nein

Welche Erkrankungen/Zustände **traten in der Familie**, bei Eltern, Großeltern, Geschwistern, Kindern auf?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Gallensteine | <input type="checkbox"/> Thrombose/Embolie |
| <input type="checkbox"/> Diabetes / Zucker | <input type="checkbox"/> Nieren-/Blasensteine | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung |
| <input type="checkbox"/> Autoimmunerkrankung | <input type="checkbox"/> Magenerkrankung | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörung |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Darmerkrankung | <input type="checkbox"/> Thrombose/Embolie |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> Krampfadern | <input type="checkbox"/> Geschlechterkrankung |
| <input type="checkbox"/> Arteriosklerose/Verkalkung | <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankung | <input type="checkbox"/> Bluterkrankheit |
| <input type="checkbox"/> Gicht | <input type="checkbox"/> Tumore/Krebs | <input type="checkbox"/> Zeckenbisse/ungewönl. |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Selbstmord (-versuche) | Insektenstiche |
| <input type="checkbox"/> Nervenerkrankung | <input type="checkbox"/> Prothesen | <input type="checkbox"/> Kinderkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Behinderungen | (Scharlach, Windpocken, |
| <input type="checkbox"/> Ängste/Kummer | <input type="checkbox"/> Epilepsie | Mumps, Röteln, Masern, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Ödeme/Wassereinlagerung | <input type="checkbox"/> Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> Infektionserkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Neurodermitis | (HIV/Aids, Hepatitis, |
| <input type="checkbox"/> Knochen/Gelenkerkrankung | <input type="checkbox"/> Asthma | Gürtelrose etc.) |
| <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörung | _____ |

Leiden Sie derzeit oder litten Sie in der Vergangenheit an eine/mehrere der folgenden Erkrankungen/Zustände?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Diabetes / Zucker | <input type="checkbox"/> Gallensteine | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörung |
| <input type="checkbox"/> Autoimmunerkrankung | <input type="checkbox"/> Nieren-/Blasensteine | <input type="checkbox"/> Thrombose/Embolie |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Magenerkrankung | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Darmerkrankung | <input type="checkbox"/> Geschlechterkrankung |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Bluterkrankheit |
| <input type="checkbox"/> Arteriosklerose/Verkalkung | <input type="checkbox"/> Krampfadern | <input type="checkbox"/> Zeckenbisse/ungewönl. |
| <input type="checkbox"/> Gicht | <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankung | Insektenstiche |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Tumore/Krebs | <input type="checkbox"/> Kinderkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Nervenerkrankung | <input type="checkbox"/> Selbstmord (-versuche) | (Scharlach, Windpocken, |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Prothesen | Mumps, Röteln, Masern, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Ängste/Kummer | <input type="checkbox"/> Behinderungen | <input type="checkbox"/> Infektionserkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Ödeme/Wassereinlagerung | <input type="checkbox"/> Epilepsie | (HIV/Aids, Hepatitis, |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Heuschnupfen | Gürtelrose etc.) |
| <input type="checkbox"/> Knochen/Gelenkerkrankung | <input type="checkbox"/> Neurodermitis | <input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung | <input type="checkbox"/> Asthma | _____ |

Wann waren Sie zuletzt im Ausland? _____



Waren Sie vorher auch schon mal weiter weg? Ja Nein _____

Bisher gestellte Diagnosen: _____

Bisher erfolgte Behandlungen und Erfolge: _____

Gibt es irgendetwas, was nach Möglichkeit so bleiben sollte wie bei der letzten Behandlung (soweit erfolgt)? _____

Besteht derzeit Erkrankung/Verdacht auf Corona/Covid-19? Ja Nein

Befinden Sie sich derzeit in Quarantäne? Ja Nein

Bitte legen Sie diesem Bogen noch **Vorbefunde** (ca. 1 Jahr zurück bzw. relevante Berichte) von anderen Ärzten/Krankenhaus/Heilpraktiker etc. (soweit vorhanden) sowie **aktuelle Laborbefunde** (soweit vorhanden) bei!

Versuchen Sie bitte folgende **Laborbefunde (vom Hausarzt etc.) früh morgens nüchtern** (ohne Tabletteneinnahme) **neu bestimmen** zu lassen und mitzubringen, ansonsten kann dies auch vor Ort abgenommen werden (soweit es sich um Probleme der Schilddrüse oder Gewichtsreduktion handelt):

fT3, fT4, TSH, TPO-AK, Ferritin, Cortisol i. S., 25-OH-Vitamin D3, Vitamin B12, Vitamin B6 (P5P), G6PD, 2,4-Dimethyl-3-Ethyl-Pyrrol i. U.

Dazu ggf. auch noch TAK, TRAK, Zink, Selen, Jod i. U., Aldosteron, Progesteron, 17-Beta-Östradiol, FSH, Testosteron, Vitamin B6, Folsäure, Reverse-T3, 1,25 Vitamin D

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Unterschrift Patient bzw. dessen gesetzl. Vertreter



Aufklärungsbogen Prana-Heilung bzw. Pranic-Healing n. GMCKS

Datum: _____

Patient: _____, geb. _____

PLZ/Wohnort: _____, Str.: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
zur Therapie Ihrer Beschwerden ist Pranic Healing n. GMCKS bzw. Prana-Heilung sinnvoll.

Vor Beginn der Prana-Anwendung wurde ich auf folgende Punkte aufmerksam gemacht:

1. Es werden keine Diagnosen, Behandlungen oder Therapien im medizinischen Sinne durchgeführt oder sonst Heilkunde im gesetzlichen Sinne ausgeübt.*
2. Es ist mir bekannt, dass der Prana-Anwender über keinerlei medizinische Kenntnisse und Fertigkeiten verfügen muss (jedoch haben kann, wie z. B. Heilpraktiker) und daher bei mir nicht der Eindruck entsteht, dass eine ärztliche Behandlung durchgeführt wird.*
3. Die Sitzungen können eine ärztliche Behandlung nicht ersetzen. Der Prana-Anwender hält eine Zusammenarbeit mit Ärzten aber für sehr wichtig. Daher soll eine laufende Behandlung nicht unter- oder abgebrochen bzw. eine künftig notwendige Behandlung nicht hinausgeschoben oder ganz unterlassen werden. Die Verantwortung liegt ganz bei mir.
4. Es wurden keine Versprechungen abgegeben, dass eine Heilung stattfindet, so dass in mir falsche Hoffnungen geweckt wurden.
5. Es ist in meiner freien Verantwortung und Entscheidung, die Prana-Anwendungen fortzusetzen bzw. abzubrechen, ebenso die Zustimmung bzw. Ablehnung zu den Sitzungsabläufen oder evtl. vorgeschlagene anderweitige Gesundheitsförderung.
6. Ich wurde darüber aufgeklärt, was mich bei den Sitzungen erwartet, und speziell, wie sich das Honorar zusammensetzt und berechnet. Vorauszahlungen werden nicht geleistet!
7. Ich habe die Möglichkeit, mich mit Beschwerden an den Prana-Anwender-Verband (PRANA Germany e. V.) zu wenden.

Um die Aufnahme von Lebensenergie (Prana, Qi, Chi, Manna, Odem...) zu unterstützen und dem Anwender die Arbeit zu erleichtern, sollten Sie folgendes beachten:

VOR der Behandlung

- Um negative Energien sowie Stress aus dem Körper zu entfernen bzw. zu neutralisieren ist es ratsam vorher eine Salzdusche oder besser ein Salzbad zu nehmen. Hierdurch kann der Körper mehr positive, saubere Energie aufnehmen.
Für eine Salzdusche reiben Sie den (vorher gereinigten und gründlich abgeduschten) nassen Körper von oben bis unten komplett und gründlich mit Salz ein. Lassen Sie das Salz 1-2 Minuten einwirken und duschen es dann gründlich ab.
Für ein Vollbad benötigen Sie 1-3 kg Salz und sollten bei angenehmer Badetemperatur 15-20 Minuten darin verweilen.
- Jeglicher Schmuck, Uhren, Brillen, Piercings, Ohrringe etc. sind vor der Behandlung abzunehmen.
- Tragen Sie bitte saubere, helle Kleidung, möglichst aus Baumwolle.
- Bitte keine Sachen aus Seide oder Leder tragen (auch Seidenschals und Ledergürtel vorher entfernen!).

WÄHREND der Behandlung

- Nehmen Sie eine entspannte Sitzhaltung ein.
- Die Arme und die Beine nicht überkreuzen.
- Stellen Sie die Füße fest auf dem Boden, wenn möglich barfuß oder zumindest ohne Schuhe.
- Legen Sie die Hände entspannt auf den Oberschenkeln ab und lassen Sie die Handflächen nach oben zeigen.



- Sorgen Sie für eine ruhige, angenehme Umgebung und Beleuchtung. Bitte dabei nicht Fernsehen oder Lesen etc..
- Sorgen Sie vor der Behandlung bitte dafür, dass sie nicht gestört werden (Telefon, Kinder, Türklingel etc.).
- Setzen Sie sich entspannt mit einem Lächeln und ohne jegliche Erwartung hin (erinnern Sie sich an ein schönes Ereignis, dann kommt das Lächeln automatisch).
- Seien Sie vollkommen entspannt, damit die Energie besser fließen kann.
- Die Anwendung erfolgt berührungslos und i. d. R. nebenwirkungsfrei.
- Der Anwender hilft Ihnen, Ihre eigenen Selbstheilungskräfte zu aktivieren. Dadurch können Prozesse angestoßen werden, die im Laufe der nächsten Stunden und Tage noch nachwirken können.
- Viele spüren hierbei eine sofortige Schmerzlinderung, welche aber bei langjährigen Erkrankungen nur vorübergehend ist, da eine solche Behandlung mehrere Wochen oder Monate dauern kann.

NACH der Behandlung

- Reinigen Sie ihren Schmuck, Brille etc. bevor Sie ihn wieder anlegen unter fließendem Wasser, da an diesen Gegenständen kranke Energien noch haften.
- Nach der Energieübertragung bitte 24 Stunden nicht baden, duschen, Haare waschen etc., da sonst ein großer Teil der kürzlich aufgenommenen Energie wieder abgespült werden würde.
- Ebenso nach der Behandlung bitte 24 Std. auf sexuelle Aktivitäten verzichten.
- Nach der Behandlung wird der Körper besser mit Energie versorgt und die einzelnen Organe können sich erholen und werden besser durchblutet.
- Sollten Sie in den ersten 3 Tagen nach der Energieübertragung nachts aufwachen, dann merken Sie sich bitte die Uhrzeit, da dies ein Hinweis auf das Organ sein kann, welches besonders betroffen ist.
- Fühlen Sie sich am Abend nach der Behandlung sehr wach und fit, gehen Sie erst dann schlafen, wenn Sie müde sind.
- Sollten Sie sich nach der Behandlung sehr müde fühlen, so legen Sie sich gleich schlafen, da der Körper im Schlaf am besten heilt.

Prana-Heilung soll nicht als Ersatz für die Schulmedizin oder anderen Verfahren dienen, sondern als eine Ergänzung. Wenn die Symptome bestehen bleiben oder wenn Sie unter ernsthaften Beschwerden leiden, suchen Sie bitte einen Arzt auf. *

**Prana-Heilung bzw. Pranic-Healing n. GMCKS kann statt von Heilpraktikern und Ärzten auch von „medizinischen Laien“ durchgeführt werden. Daher wurde von Prana Germany e. V. festgelegt, dass folgender Bogen grundsätzlich von jedem Klienten vor Beginn der Heilbehandlung zur Kenntnis genommen und zu unterschreiben ist. Ich bitte um Verständnis.*

Wenn Sie eine Prana-Heilung bzw. Pranic Healing n. GMCKS nicht wünschen, teilen Sie es mir bitte vorab mit! Ich werde dann nach Alternativen suchen, soweit diese medizinisch in Betracht kommen.

- Ihre Heilpraktikerin -

Naturheilpraxis Nicole Stollberger
- Heilpraktikerin -
Am Alten Berg 3 / 97488 Stadtlauringen
Tel.: 09724-6840550
www.naturheilpraxis-stollberger.de

Einwilligungserklärung:

Ich wurde u. a. über die Risiken der Prana-Heilung bzw. Pranic Healing n. GMCKS ausführlich informiert. Ich habe das Aufklärungsgespräch verstanden und keine weiteren Fragen.

Ich willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die vorgeschlagene Behandlung ein.

.....
Ort, Datum

Unterschrift der Patientin/des Patienten bzw. dessen Vertreter