



## Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Herzlich Willkommen in meiner Praxis.

Da in der Naturheilkunde ganzheitlich gedacht wird und um alle körperlichen Zusammenhänge Ihrer Beschwerden zu berücksichtigen, bitte ich Sie diesen Anamnesebogen auszufüllen.

Je genauer und umfassender Ihre Angaben sind, desto besser kann ich diagnostizieren und ein auf Sie persönlich abgestimmtes Behandlungskonzept erstellen.

Vielen Dank - Ihre Karin Hermann

Seit dem 25.5.2018 gilt die neue EU-Datenschutz-Grundverordnung. Als Heilpraktikerin bin ich verpflichtet, Sie über die Erhebung, Weiterverarbeitung und Speicherung Ihrer Daten zu informieren. Im Anhang finden Sie dazu ausführliche Information, die ich Sie bitte durchzulesen.

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsland \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ mobil \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ RE per email  ja  nein  
(siehe Datenschutz!)

Beruf/Ausbildungen \_\_\_\_\_

Versicherung  gesetzlich \_\_\_\_\_  Zusatzversicherung bei \_\_\_\_\_  
 privat bei \_\_\_\_\_  Beihilfe bei  Bund  Land

Familienstand

- Single  in einer Beziehung  verwitwet  
 verheiratet  geschieden  getrennt lebend  
 Kinder (Alter, Geschlecht) \_\_\_\_\_  
 Geschwister (Alter, Geschlecht) \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

- Internet  Anzeige/Flyer  Empfehlung von \_\_\_\_\_

1. Welche Beschwerden sind Anlass für diesen Termin, seit wann bestehen sie?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Gibt es einen Auslöser? (Trauer, Unfall, Impfung, Medikamente, ...)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Haben Sie bereits Therapieformen diesbezüglich in Anspruch genommen? Welche?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Weitere Beschwerden /Indikationen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Haben Sie Schmerzen, wenn ja, wo?

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kopf           | <input type="checkbox"/> Zähne         | <input type="checkbox"/> Nacken/Schultern |
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäule    | <input type="checkbox"/> Unterleib     | <input type="checkbox"/> Magen/Darbereich |
| <input type="checkbox"/> Beine          | <input type="checkbox"/> generalisiert |   |
| <input type="checkbox"/> sonstige _____ |  |   |
- 
- 

6. Welche Operationen, Unfälle hatten Sie bereits? Wann jeweils?

---

---

7. Haben Sie Narben, Tattoos, Piercings? bitte ggf. unterstreichen

- nein  wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

8. Welche Medikamente nehmen Sie momentan ein? (evtl. mitbringen)

---

---

9. Wann erfolgte die letzte Antibiotika-Therapie?

---

10. Nehmen Sie blutverdünnende Mittel?

- nein  ja, welche \_\_\_\_\_

11. Sind Schilddrüsen- oder Autoimmun-Erkrankungen bekannt?

- nein  ja, welche \_\_\_\_\_

12. Welche Impfungen/Auffrischungen haben Sie bekommen? Ggfs. Impfbuch mitbringen.

---

13. Rauchen Sie?

- ja, Anzahl pro Tag \_\_\_\_  nein  früher \_\_\_\_\_

14. Treiben Sie Sport?

- 2x / Woche oder öfter  gelegentlich  nein

15. Welche Allergien oder Unverträglichkeiten sind bekannt?

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Heuschnupfen                            | <input type="checkbox"/> Tierhaare        | <input type="checkbox"/> Penicillin         |
| <input type="checkbox"/> Hausstaub                               | <input type="checkbox"/> Lidocain/Procain | <input type="checkbox"/> ASS (z.B. Aspirin) |
| <input type="checkbox"/> Pollen                                  | <input type="checkbox"/> Milben           | <input type="checkbox"/> Metalle            |
| <input type="checkbox"/> auf Nahrungsmittel, bitte nennen: _____ |   |   |
| Sonstige Allergien, bitte nennen: _____                          |   |   |

16. Was gilt es bzgl. Ihrer Zähne/Füllungen zu berücksichtigen?

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gold / Kronen    | <input type="checkbox"/> Wurzelbehandlung              | <input type="checkbox"/> tote Zähne           |
| <input type="checkbox"/> Implantate       | <input type="checkbox"/> Brücken                       | <input type="checkbox"/> Weisheitszähne _____ |
| <input type="checkbox"/> Amalgam          | <input type="checkbox"/> Amalgam entfernt, wann? _____ |   |
| <input type="checkbox"/> andere Füllungen | <input type="checkbox"/> sonst. Zahnprobleme _____     |   |

17. Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt?

mütterliche Seite = M    väterliche Seite = V    Geschwister = G

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allergien         | <input type="checkbox"/> Tuberkulose           | <input type="checkbox"/> Steinerkrankungen       |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen  | <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen      | <input type="checkbox"/> Asthma                  |
| <input type="checkbox"/> Gefäßerkrankungen | <input type="checkbox"/> Gicht                 | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen       |
| <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Rheuma                | <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten  |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck     | <input type="checkbox"/> Selbstmord/Suizid     | <input type="checkbox"/> psychische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Diabetes          | <input type="checkbox"/> sonstige Erkrankungen | _____  |

18. Welche Infektionskrankheiten haben Sie bereits durchgemacht?

- |   |                                     |   |
|---|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Masern             | <input type="checkbox"/> Tetanus    | <input type="checkbox"/> Keuchhusten                |
| <input type="checkbox"/> Mumps              | <input type="checkbox"/> TBC        | <input type="checkbox"/> Kinderlähmung              |
| <input type="checkbox"/> Röteln             | <input type="checkbox"/> Typhus     | <input type="checkbox"/> Gonorrhoe                  |
| <input type="checkbox"/> Scharlach          | <input type="checkbox"/> Borreliose | <input type="checkbox"/> Syphilis                   |
| <input type="checkbox"/> Windpocken         | <input type="checkbox"/> FSME       | <input type="checkbox"/> Tropenkrankheiten          |
| <input type="checkbox"/> Grippe (Influenza) | <input type="checkbox"/> Aids       | <input type="checkbox"/> Pfeiffersches Drüsenfieber |
| <input type="checkbox"/> Salmonellose       | <input type="checkbox"/> sonstige   | <input type="checkbox"/> Corona                     |

19. Wie schlafen Sie?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten beim Einschlafen       | <input type="checkbox"/> Zähneknirschen  |
| <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit                        | <input type="checkbox"/> lebhafte Träume |
| <input type="checkbox"/> häufiges Erwachen    Uhrzeit: _____    | <input type="checkbox"/> keine Träume    |
| <input type="checkbox"/> nächtl. Wasserlassen    Uhrzeit: _____ | <input type="checkbox"/> Nachtschweiß    |
| <input type="checkbox"/> Sprechen im Schlaf                     | <input type="checkbox"/> Schnarchen      |
| <input type="checkbox"/> Bauchlage                              | <input type="checkbox"/> Seitenlage      |
|   | <input type="checkbox"/> Rückenlage      |

20. Sexualität:

Libido/Lust

- |                                    |                                     |                                 |
|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> verstärkt | <input type="checkbox"/> vermindert | <input type="checkbox"/> normal |
|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|

Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Scheidentrockenheit                      | <input type="checkbox"/> vorzeitige Ejakulation |
| <input type="checkbox"/> mangelnde Befriedigung/Orgasmusfähigkeit | <input type="checkbox"/> Potenzprobleme         |
| <input type="checkbox"/> unbefriedigte Sexualität                 |   |
| sonstiges _____   |   |

21. Für Patienten:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Prostataprobleme | <input type="checkbox"/> Beschwerden beim Wasserlassen | <input type="checkbox"/> sonstiges _____ |
|---|--|--|

22. Für Patientinnen:

Monatsblutung:    Zykluslänge \_\_\_\_\_ Tage (vom 1. Tag der Periode bis zur erneuten Blutung)

- |                                       |  |  |
|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> regelmäßig   | <input type="checkbox"/> unregelmäßig      | <input type="checkbox"/> keine Blutung                 |
| <input type="checkbox"/> schwach      | <input type="checkbox"/> stark             | <input type="checkbox"/> klumpig                       |
| <input type="checkbox"/> Brustspannen | <input type="checkbox"/> Zwischenblutungen | <input type="checkbox"/> PräMenstruelles Syndrom (PMS) |
| Blutungsdauer _____ Tage              |  |  |

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ausfluss             | <input type="checkbox"/> Zysten / Myome     | <input type="checkbox"/> Tumore                     |
| <input type="checkbox"/> Geburten _____       | <input type="checkbox"/> Fehlgeburten       | <input type="checkbox"/> Ausschabungen              |
| <input type="checkbox"/> Menopause seit _____ | <input type="checkbox"/> Hormonbehandlungen | <input type="checkbox"/> klimakterische Beschwerden |

Verhütung - auch früher \_\_\_\_\_

23. Wie hoch ist Ihre psychische Belastung (Stress) auf einer Skala von 1-10? \_\_\_\_\_  
(1 = schwach 10 = sehr hoch)

24. Neigen Sie eher zum

- Schwitzen                       Frieren                       kalte Hände/Füße

25. Wie ist Ihr Stuhlgang?

- Frequenz:      \_\_\_ x täglich      \_\_\_ x wöchentlich       starker Geruch  
 Konsistenz:    weich    hart    breiig                       geformt  
 Farbe:            hell                       dunkel                       lehmartig  
 Blähbauch    Sodbrennen    abgehende Winde    Heißhunger auf süß salzig

26. Wieviel und was trinken Sie täglich? (Wasser / Kräutertee, ohne Fruchtsaft, Kaffee, Alkohol,...)

- 0-500 ml                       500 ml -1 Liter                       1-2 Liter    Leitungswasser  
 2-3 Liter                       mehr                       Mineralwasser/Marke \_\_\_\_\_

27. Welche Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zur Zeit ein? (Vitamine, Mineralstoffe,...)

\_\_\_\_\_

28. Wie setzt sich Ihre Ernährung zusammen:

Nahrungsmittel	täglich	2-3x/Woche	selten	nie	
Fleisch/Wurstwaren:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frühstück
Kuhmilch	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Milchprodukte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fisch/Meeresfrüchte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zwischenmahlzeit
Eier	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Soja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Weizen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mittagessen
andere Getreide	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
weißer Zucker/Süßigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Margarine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zwischenmahlzeit
Butter	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Gemüse frisch o. Tiefkühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Obst frisch o. Tiefkühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abendessen
Kaffee/Tee	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Säfte/gesüßte Getränke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Naschen?
Fertigprodukte (Maggi u.ä.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				

29. Bitte kreuzen Sie die Themen an, die mit Ihnen in Beziehung stehen:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nervosität         | <input type="checkbox"/> Stress               | <input type="checkbox"/> Alkoholkonsum                  |
| <input type="checkbox"/> Bereuen            | <input type="checkbox"/> Schmerz              | <input type="checkbox"/> Drogenkonsum (auch Zigaretten) |
| <input type="checkbox"/> Finanzen           | <input type="checkbox"/> innere Unruhe        | <input type="checkbox"/> Entscheidungsfähigkeit         |
| <input type="checkbox"/> Unglücklichsein    | <input type="checkbox"/> Selbstkontrolle      | <input type="checkbox"/> Motivation                     |
| <input type="checkbox"/> Arbeit             | <input type="checkbox"/> Trennung             | <input type="checkbox"/> Schüchternheit                 |
| <input type="checkbox"/> Ehrgeiz            | <input type="checkbox"/> Entspannung          | <input type="checkbox"/> Vergesslichkeit                |
| <input type="checkbox"/> Energie            | <input type="checkbox"/> Gedächtnis           | <input type="checkbox"/> Rechtsprobleme                 |
| <input type="checkbox"/> Einsamkeit         | <input type="checkbox"/> Elternschaft         | <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit                |
| <input type="checkbox"/> Albträume          | <input type="checkbox"/> Unzufriedenheit      | <input type="checkbox"/> Konzentration                  |
| <input type="checkbox"/> Freunde            | <input type="checkbox"/> Panikattacken        | <input type="checkbox"/> Selbstmordgedanken             |
| <input type="checkbox"/> Unterlegenheit     | <input type="checkbox"/> Selbstverwirklichung | <input type="checkbox"/> Quälende Erinnerungen          |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit          | <input type="checkbox"/> Depression           | <input type="checkbox"/> Gereiztheit                    |
| <input type="checkbox"/> Kinder             | <input type="checkbox"/> Ärger                | <input type="checkbox"/> Sexuelle Probleme              |
| <input type="checkbox"/> Erschöpfung        | <input type="checkbox"/> Ängste               | <input type="checkbox"/> Niedergeschlagenheit           |
| <input type="checkbox"/> Partnerschaft      | <input type="checkbox"/> Feinde               | <input type="checkbox"/> Gedankenkarussell              |
| <input type="checkbox"/> Familie            | <input type="checkbox"/> Schwindel            | <input type="checkbox"/> Lebensplanung                  |
| <input type="checkbox"/> Infektanfälligkeit | <input type="checkbox"/> Konfliktfähigkeit    | <input type="checkbox"/> Abgrenzung                     |

Vielen Dank für Ihre Offenheit.

Bitte bringen Sie einen Becher Morgenurin (Anleitung s. letzte Seite),  
 sowie Ihre aktuellen Blutbilder und Befunde zum ersten/nächsten Termin mit.

## Behandlungsvertrag

### Kosten

Ich berechne einen Stundensatz von 99,-€ / Stunde

#### für Privatpatienten:

Meine Behandlungen werden in der Regel von **privaten Krankenversicherungen und der Beihilfe** bezuschusst oder ganz übernommen. Manche Therapien sind jedoch nur teilweise erstattungsfähig. Bezüglich der Kostenübernahme besprechen Sie sich bitte selbst mit Ihrer Versicherung .  
Ich führe keine Direktabrechnungen mit den Kassen durch.

Die Rechnungsstellung orientiert sich in meiner Praxis an der GebüH85 (Gebühren Ordnung für Heilpraktiker von 1985). Da die Tarife sein 1985 nur unwesentlich angepasst wurden, habe ich die Grundgebühr um einen angemessenen Bedarfsfaktor an meine Behandlungen angepasst. Diese Erweiterung wird nicht in vollem Umfang von allen Kassen oder der Beihilfe erstattet. Ich bitte um Ihr Verständnis. Werten Sie diesen Restbetrag bitte als Investition in Ihre eigene Gesundheit.

Unabhängig von einer abweichenden Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit oder einer abweichenden Erstattung durch die Beihilfestellen oder die privaten Krankenversicherungen ist der Rechnungsbetrag immer in voller Höhe im angegebenen Zahlungszeitraum zu bezahlen.

#### für gesetzlich Versicherte:

Gesetzliche Krankenversicherungen erstatten die anfallenden Kosten leider nicht. Sie sind somit eigenständig als Selbstzahlerleistung zu tragen, es sei denn, Sie haben eine Krankenzusatzversicherung für Heilpraktikerleistungen.

### Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen

Auch bei sorgfältigster Ausführung der naturheilkundlichen Therapien können unerwünschte Ereignisse eintreten. Diese sind meistens nur von wenig Intensität und schnell vorübergehend. Nichtsdestotrotz bin ich verpflichtet, Sie vor Behandlungsbeginn auf mögliche, wenn auch unwahrscheinliche Reaktionen hinzuweisen.

### Terminvereinbarung

Meine Praxis ist eine reine Bestellpraxis, die Ihnen unnötige Wartezeiten erspart. Die für Sie reservierte Zeit ist verbindlich. Bitte haben Sie dafür Verständnis, dass Termine, die nicht mindestens 24 h vorher abgesagt werden, zum ermäßigten Stundensatz (LG Hannover AZ: 19 S 34/97) in Rechnung gestellt werden müssen.

**Als Patient erkläre ich, dass ich mich eigenverantwortlich in die Behandlung begeben, aus Folgen keinerlei Haftungsansprüche ableite und mit den oben genannten Regelungen einverstanden bin. Die Patienteninformation zum Datenschutz habe ich gelesen.**

Name in Druckbuchstaben: \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

# PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
Bitte nehmen Sie sich einen Moment Zeit, die Informationen aufmerksam zu lesen.**

Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist mir wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) bin ich verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck meine Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

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

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Praxisname: **Gesundheitspraxis Karin Hermann**

Adresse: Prinz-Ludwigstr. 24, 85354 Freising, Tel: 0172 64 835 46, E-Mail: info@gesundheitspraxis-freisng.de

## **2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG**

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

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

## **3. EMPFÄNGER IHRER DATEN**

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder wenn Sie hierzu Ihre Einwilligung erteilt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können v. a. andere Heilpraktiker/Ärzte/Psychotherapeuten, Krankenkassen und Verrechnungsstellen sein.

Im Einzelfall kann die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger erfolgen.

## **4. SPEICHERUNG IHRER DATEN**

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren (§ 630 f BGB). Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

## **5. 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.

## **6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN**

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Art. 9 Abs. 2 h DSGVO i.V.m. § 22 Abs. 1 Nr. 1 b BDSG, Art. 6 Abs. 1 b DSGVO.

## **7. WHATS APP, EMAIL UND ANDERE DIENSTE**

Ich versende, Ihr Einverständnis vorausgesetzt, Rechnungen und andere Infos per verschlüsselter **email**. Bei Kommunikation über **WhatsApp, telegram** muss ich Sie darauf hinweisen, dass dieser Dienst nicht vor dem Zugriff Dritter sicher ist. Daher empfehle ich per **SMS** mit mir in Kontakt zu treten.

**Für Beratungen über diese Medien verrechne ich den üblichen Stundensatz.**

**Sollten Sie zu diesen Ausführungen Fragen haben, wenden Sie sich gerne an mich.**

### **Anleitung Urinprobe:**

Verwenden Sie am besten ein sauberes Schraubdeckelglas.

Da nachts die Nieren auf Hochtouren arbeiten ist der erstgelassene Urin am Morgen (Morgenurin) aufzufangen. Falls Sie nachts öfter zur Toilette müssen, bitte bei jedem Toilettengang nach 0:00 Uhr eine Urinprobe nehmen. Alle Proben können gemeinsam in einem Glas aufgefangen werden.

Spezielle Urinbecher ("Urobox") sind auch in der Apotheke erhältlich, aber nicht zwingend notwendig.

Wenn Sie Ihren Termin bei mir erst mittags oder frühen Nachmittag haben, bewahren Sie den Urin bitte im Kühlschrank auf - aber NICHT einfrieren!