



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 und mir somit schneller/leichter einen Überblick verschaffen kann.

Ich biete in meiner Praxis diverse (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 einige 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, was ich hiermit schriftlich tue. 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  Dr.  Prof.

Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

**bzw. dessen gesetzliche Vertreter (bei Minderjährigen beide Erziehungsberechtigte)**

	Vertreter 1	Vertreter 2
Anrede:		
Vorname:		
Nachname:		
Geburtsdatum:		
Straße/Nr.:		
PLZ/Ort:		

**und die:**

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

**schließen folgende Übereinkunft:**

1. Anwendungsbereich des Behandlungsvertrages

a) Der Behandlungsvertrag regelt die Geschäftsbeziehungen zwischen Nicole Stollberger (im Folgenden Frau Stollberger oder Heilpraktiker) und o. g. Patient/Klient bzw. dessen gesetzl. Vertreter (im Folgenden als Patient), als Behandlungsvertrag im Sinne der §§ 611 ff BGB, sofern zwischen den Vertragsparteien abweichendes nicht schriftlich vereinbart wurde.

b) Der Behandlungsvertrag kommt zustande, wenn der Patient das generelle Angebot von Frau Stollberger annimmt und sich an Frau Stollberger zum Zwecke der Beratung/Coaching und/oder Diagnose und/oder Untersuchung und/oder Therapie/Energiearbeit etc. wendet.

c) Frau Stollberger 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 Frau Stollberger aufgrund ihrer Spezialisierung oder aus gesetzlichen Gründen nicht behandeln kann oder darf oder sie in Gewissenskonflikte bringen können. In diesem Fall bleibt der Honoraranspruch von Frau Stollberger für die, bis zur Ablehnung entstandenen Leistungen, einschließlich Beratung, erhalten.

2. Vertragsgegenstand

Der Patient nimmt eine naturheilkundliche und/oder energetische Behandlung/Beratung/Therapie/Sitzung/Untersuchung etc. von Frau Stollberger in Anspruch.

3. Inhalt und Zweck des Behandlungsvertrages

Frau Stollberger erbringt ihre Dienste gegenüber dem Patienten in der Form, dass sie ihre Kenntnisse und Fähigkeiten u. a. in der Ausübung der Heilkunde zur Beratung, Diagnose, Untersuchung und/oder Therapie beim Patienten, unter Berücksichtigung von eventuellen Behandlungsverböten und ihrer 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. Ein Versprechen auf Heilung/Linderung der Beschwerden kann zu keiner Zeit in keiner Weise gegeben werden. Somit kann auch zu keiner Zeit „vorausgesagt“ werden, wie viele Behandlungen/Sitzungen benötigt werden bzw. welche zum Erfolg führen bzw. wann/ob es zu einer positiven Veränderung kommen wird.

4. Aufklärung/Hinweise

a) Die Behandlungen/Therapien/Untersuchungen/Beratungen/Sitzungen von Frau Stollberger ersetzen keine ärztlichen oder anderweitigen Therapien oder Behandlungen etc.. Sofern ärztlicher Rat erforderlich ist, wird Frau Stollberger unverzüglich eine Weiterleitung an einen Arzt veranlassen. Dies gilt auch dann, wenn dem Heilpraktiker aufgrund eines gesetzlichen Tätigkeitsverböts eine Behandlung nicht möglich ist. Die Behandlungen/Sitzungen etc.

werden nur als Ergänzung zu schulmedizinischen oder anderweitigen Behandlungen/Therapien/Untersuchungen etc. gesehen, nicht als Ersatz.

b) Frau Stollberger 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 auch während einer Schwangerschaft sowie im Wochenbett bzw. 3 Monate nach Geburt und ggf. in der Stillzeit (mit wenigen Ausnahmen) sowie auch bei schwerwiegenden Fällen/Erkrankungen etc..

c) Frau Stollberger 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 von Frau Stollberger an Dritte ist die schriftliche Einwilligung des Patienten erforderlich.

e) Die gesetzlichen Krankenversicherungen übernehmen die Behandlungskosten von Frau Stollberger nicht, da sie bzw. auch 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 Frau Stollberger den Patienten (ggf. kostenpflichtig) aus, sofern der Patient ihr dies vor einer Behandlung bzw. vor Rechnungsstellung mitteilt. Eine bereits ausgestellte Rechnung kann und darf nachträglich nicht mehr geändert werden. 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. Frau Stollberger ist nicht gebunden, sich an die jeweiligen Sätze des GebüH zu halten bzw. ist berechtigt etwaige Beträge (ggf. via Menge/Faktor) zu verändern, so dass sie auf jeweiliges Honorar kommt. Das Ergebnis des Erstattungsverfahrens lässt den Honoraranspruch von Frau Stollberger gegenüber dem Patienten 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 Honorar. Der Honoraranspruch von Frau Stollberger ist vom Patienten, unabhängig von jeglicher Versicherungs- und/oder Beihilfeleistung, jederzeit in voller Höhe fristgerecht zu begleichen.

f) Frau Stollberger verordnet keine verschreibungspflichtigen/nicht zugelassenen Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel etc. und rät auch nicht zur Einnahme/Verwendung solcher.

g) Die behandlungsrelevanten persönlichen Angaben und medizinischen Befunde des Patienten werden in einer Patientenakte (handschriftlich und/oder digital) erhoben und über die Anwendung „Lemniscus“ gespeichert.

h) Alle Dokumente von Frau Stollberger (u. a. 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.

i) Auf Wunsch des Patienten ist eine reine Fernsitzung via Video (Zoom) und/oder Telefon, auch als Erstsitzung möglich, jedoch NUR wenn es sich ausschließlich um eine reine energetische Sitzung z. B. via Emotionscode/Bodycode oder DELTA-Scan handelt. Eine Fernbehandlung/-sitzung kann eine ggf. nötig Behandlung/Untersuchung etc. durch einen Heilpraktiker/Arzt vor Ort niemals ersetzen. Frau Stollberger übernimmt somit hier auch keinerlei Haftung etc..

j) Tiere haben zur Praxis keinen Zutritt, können aber auf Wunsch des Besitzers energetisch behandelt werden via Emotions-/Bodycode. Bei einer Sitzung im Emotionscode/Bodycode wird hier auf eine Fernsitzung via Video (Zoom) zurückgegriffen (siehe hierzu auch Nr. 4i). Eine Sitzung via Emotionscode/Bodycode bei Tieren ersetzt jedoch niemals den Besuch eines Tierarztes/Tierheilpraktikers vor Ort oder einer Verhaltenstherapie etc.. Somit übernimmt Frau Stollberger hierfür auch keinerlei Haftung etc.. Wie bei Menschen, ersetzt auch bei Tieren eine Behandlung/Sitzung zu keiner Zeit eine anderweitige Behandlung/Therapie/Einnahme von Medikamenten. Die Behandlungen/Sitzungen dienen lediglich als Ergänzung zur Schulmedizin/Therapien etc. und nicht als Ersatz.

k) Die Ergebnisse jeglicher kinesiologischen (oder anderweitigen) Austestung sowie des Delta-Scans dient als Werkzeug der Informationsbeschaffung. Das Resultat ist meist nur als Momentaufnahme zu sehen und wird im Zusammenhang der aktuellen Thematik etc. interpretiert u. verwendet. Es ist somit nicht als „Entscheidungsinstrument“ geeignet, da sich s. g. Schwingungsmuster schnell ändern können. Somit ist jegliches Ergebnis einer Austestung immer zusätzlich durch andere Parameter (inkl. gesunden Menschenverstand) zu überprüfen.

## 5. Mitwirkung des Patienten

a) Zu einer aktiven Mitwirkung ist der Patient nicht verpflichtet. Frau Stollberger ist jedoch berechtigt, die Behandlung abzubrechen, 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.

b) Frau Stollberger ist unverzüglich über neu aufgetretene Erkrankungen/Zustände (z. B. Schwangerschaft, Infektionserkrankungen, Nebenwirkungen, Begleiterscheinungen etc.) zu informieren, auch zwischen den Terminen (sh. Nr. 6)

#### 6. Nebenwirkungen

Es wird darauf hingewiesen, dass es, wie bei jeder Therapieform auch zu teils unerwünschten Nebenwirkungen, Erstverschlechterungen, Begleiterscheinungen, neu aufgetretene Beschwerden/Symptome oder Heilreaktionen in Form von „überschießenden“ Reaktionen kommen kann. Um dies weitestgehend einzuschränken ist Frau Stollberger über Allergien/Unverträglichkeiten/Vorerkrankungen vorab bzw. sofort nach Bekanntwerden dieser 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 Frau Stollberger unverzüglich, auch während/zwischen oder nach einer Sitzung, zu informieren. Ist diese 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 Frau Stollberger zeitnah zu informieren.

#### 7. Honorierung des Heilpraktikers

a) Frau Stollberger hat für ihre Dienste Anspruch auf ein Honorar.

b) Die Honorare sind vom Patienten via ausgestellte Rechnung, welche nur auf dem Patienten-Namen ausgestellt wird, jeweils innerhalb von 7-14 Tagen vollständig zu überweisen oder, sofern angeboten, via Karte zu zahlen. Bei Kartenzahlung ist Frau Stollberger 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 Konto von Frau Stollberger buchen zu lassen.

c) Vermittelt Frau Stollberger Leistungen Dritter, die sie nicht fachlich überwacht (z. B. Laborleistungen), ist Frau Stollberger 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 und fristgerecht 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) Die bei Termin jeweils gültigen Preise entnehmen Sie bitte dem Aushang auf der jeweiligen Homepage: [www.naturheilpraxis-stollberger.de](http://www.naturheilpraxis-stollberger.de) bzw. [nicole-stollberger.jimdofree.com](http://nicole-stollberger.jimdofree.com). Die Preise gelten sowohl für Live-Termine vor Ort, als auch für Telefontermine bzw. Online-Termine via Video/Zoom etc.. Nötige Materialien z. B. für Ampullen etc. sowie andere Kosten wie Labor etc. werden zusätzlich in Rechnung gestellt. Alle Preise verstehen sich ohne ggf. noch anfallende Kosten für Medikamente/Nahrungsergänzung/Rezeptgebühren etc..

#### 8. Honorarerstattung durch Dritte und Datenschutz

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 Frau Stollberger 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 ihr oder ihre Berufsausübung stattfinden und sie sich mit der Verwendung zutreffender Daten oder Tatsachen entlasten kann.

c) Frau Stollberger führt Aufzeichnungen über ihre Leistungen (handschriftlich und/oder digital via der Anwendung Lemniscus). Absatz b) sowie die DS-GVO bleibt unberührt.

d) Sofern der Patient eine Behandlungs- oder Krankenakte verlangt, erstellt diese Frau Stollberger kosten- und honorarpflichtig aus der Patientenakte. Soweit sich in der Patientenakte Originale befinden, werden diese 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/nach Ablauf eines Pakets, wenn im entsprechenden Zeitraum eine Inanspruchnahme von Frau Stollberger stattfand, eine Rechnung. Bei Buchung eines Pakets, besteht die Möglichkeit diese vorab zu erhalten. Die Ausstellung erfolgt gebührenfrei. Jede Rechnung enthält Namen und

Anschrift sowie Geburtsdatum und ggf. Diagnosen des Patienten sowie die Anschrift und den Namen des Heilpraktikers/von Frau Stollberger. Sie spezifiziert bei Einzelleistungen den Behandlungszeitraum und die bezahlten/zu bezahlenden Honorare, Dritt- und Nebenleistungen. Außerdem enthält diese Rechnung ggf. die jeweils erbrachten Einzelleistungen mit der entsprechenden GebüH-Ziffer und ggf. Steigerungssatz (Menge/Faktor etc., sh. oben) wurde. Ansonsten kommt die GebüH nicht unbedingt zur Anwendung. 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 Frau Stollberger ein Ausfallhonorar in Höhe des vollen Stundensatzes (65,- €, 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 Frau Stollberger.

b) Die weiteren Intervalle für Behandlungen bzw. Therapien und Untersuchungen/Sitzungen etc. werden nach Zustand und Art der Erkrankung etc. von Frau Stollberger vorgeschlagen. Der Patient kann diese auf Wunsch jederzeit abbrechen unter Berücksichtigung des Abschnittes a). Bei einer Verschlimmerung oder neu aufgetretenen Beschwerden etc. (sh. oben), ist Frau Stollberger sofort zu informieren und/oder ggf. ein früherer bzw. zeitnaher Termin vom Patienten zu vereinbaren.

c) Frau Stollberger behält sich das Recht vor, in dringenden Fällen (z. B. Krankheit etc.) auch sehr kurzfristig 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 Frau Stollberger das Recht vor, die volle (Ausfall-)Zeit zu honorieren.

e) Bei Buchung eines Pakets ist eine Auszahlung nicht wahrgenommener, vorab gezahlter Termine nicht möglich. Jedoch besteht die Möglichkeit, diese innerhalb des o. g. Zeitraums noch mit anzuhängen. Sollte der Patient ein Paket vorzeitig abbrechen müssen oder wollen, so sind die bis dorthin erbrachten Leistungen anteilmäßig, ggf. mit Ausfallhonorar zu begleichen – bei Vorabzahlung ist eine Erstattung des bezahlten Betrags nicht möglich!

#### 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). Bei Kartenzahlung werden Ihre Daten an folgenden Anbieter übermittelt: SumUp Payments Limited, 32-34 Great Marlborough St, W1F 7JB, London, Vereinigtes Königreich. Bei Videosprechstunde werden Daten an Zoom (<http://zoom.us> bzw. <http://support.zoom.us>) übermittelt. Die Aufnahme aller Daten erfolgt über die Anwendung bzw. das System Lemniscus (pgt technology scouting GmbH, Ruschgraben 51, in 76139 Karlsruhe, [info@lemniscus.de](mailto:info@lemniscus.de))

#### 13. Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen des Behandlungsvertrages und/oder 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 hiermit umfassend über alles nötige aufgeklärt worden bin, alles o. g. verstanden habe sowie keine weiteren Fragen oder Einwände habe und somit mit dem Behandlungsvertrag, nach ausreichender Bedenkzeit vollumfänglich einverstanden bin.**

Ort, Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzliche Vertreter (bei Minderjährigen Unterschrift beider Elternteile/gesetzl. Vertreter)

**Naturheilpraxis Nicole Stollberger**  
- Heilpraktikerin -  
Am Alten Berg 3, 97488 Stadtlauringen  
Tel.: 09724-6840550  
[www.naturheilpraxis-stollberger.de](http://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. Bei Fragen zu den einzelnen Punkten stehe ich Ihnen selbstverständlich jederzeit gerne zur Verfügung.

1. Der Verantwortliche für die Verarbeitung der Patientendaten ist die Praxisinhaberin: Nicole Stollberger, Am alten Berg 3, 97488 Stadtlauringen, Telefon: 09724-6840550. 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 (Lemniscus), ggf. im DELTA-Scan-Programm am PC 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, Therapievorschläge, 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 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) und Zoom (bei Videosprechstunde) 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 Rontgenbehandlungen gem. 3 28 Abs. 3 RoV 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 Aufsichtsbehore 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.

Ich wurde über o. g. aufgeklärt und habe nach ausreichender Bedenkzeit zunächst keine weiteren Fragen oder Einwände dagegen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient bzw. dessen Vertreter (bei Minderjährigen beide Erziehungsberechtigte)

**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 „allgemein“

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen wahrheitsgemäß, vollständig und gut leserlich aus (ggf. neues Blatt/Rückseite verwenden) und senden ihn unterschrieben mit den anderen Unterlagen **VOR Ihrem ersten Termin** zurück! Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der beruflichen Schweigepflicht.

Datum: \_\_\_\_\_

Anrede Patient: Herr  Frau  Dr.  Prof.

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Spitz- oder Rufnamen \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

*(Falls abweichend: aktuelle PLZ/Ort/Straße, welches Ihr derzeitiges längerfristiges Zuhause ist)*

Telefon/Handy \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

Versichert: Gesetzlich  privat  Zusatzversicherung  \_\_\_\_\_

Ihr Hausarzt \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

**Falls zutreffend: Abweichender Rechnungsempfänger/Zahlungspflichtiger:**

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefon/Handy \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Wie/durch wem sind Sie auf mich aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

Sie sind: Ledig  verheiratet  geschieden  getrennt lebend   
Lebenspartner  in einer Beziehung

Kinder: Ja  Nein  Eigene? Ja

Sie sind: schwanger  stillen  fraglich schwanger  im Wochenbett

Größe: \_\_\_\_\_ cm Kleiner geworden: Nein  Ja  \_\_\_\_\_ cm

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg Abgenommen: Ja  Zugenommen: Ja  \_\_\_\_\_ kg

Bitte schildern Sie frei Ihre aktuellen Beschwerden bzw. weswegen Sie mich aufsuchen –  
**die max. 4-6 wichtigsten** genügen!

---



---



---



---

Wo sind Ihre Beschwerden?

---



---

Wie lange haben Sie diese Beschwerden schon? \_\_\_\_\_

Sind Nebenbeschwerden oder andere (frühere) Erkrankungen bzw. Schmerzen bekannt?  
Nein  Ja  Welche?

---



---

Sind andere Familienmitglieder ebenfalls betroffen? Nein  Ja  Welche?

---

**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 (Scharlach,<br>Windpocken, Mumps, Röteln,<br>Masern, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Nervenerkrankung           | <input type="checkbox"/> Selbstmord (-versuche) | <input type="checkbox"/> Infektionserkrankungen<br>(HIV/Aids, Hepatitis, Gürtelrose<br>etc.)          |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt                | <input type="checkbox"/> Prothesen              |   |
| <input type="checkbox"/> Ängste/Kummer              | <input type="checkbox"/> Behinderungen          |   |
| <input type="checkbox"/> Ödeme/Wassereinlagerung    | <input type="checkbox"/> Epilepsie              |   |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen         | <input type="checkbox"/> Heuschnupfen           |   |
| <input type="checkbox"/> Knochen/Gelenkerkrankung   | <input type="checkbox"/> Neurodermitis          |   |
| <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung           | <input type="checkbox"/> Asthma                 |   |

Fragebogen - Seite 2 von 5



Leiden Sie **derzeit** unter:

- Bluterkrankung \_\_\_\_\_
- psychische Erkrankung \_\_\_\_\_
- Fieber/-zustände \_\_\_\_\_
- Krampfzustände/Epilepsie \_\_\_\_\_
- Harnsteine \_\_\_\_\_
- Gallensteine \_\_\_\_\_
- Niereninsuffizienz \_\_\_\_\_
- Leberinsuffizienz \_\_\_\_\_
- Herz-/Kreislaufinsuffizienz \_\_\_\_\_
- Ateminsuffizienz \_\_\_\_\_
- schwere Hormonstörungen \_\_\_\_\_
- Krebserkrankung \_\_\_\_\_
- künstliche Herzklappen \_\_\_\_\_

- Myokardtumor \_\_\_\_\_
- Herz-/Myokardinfarkt \_\_\_\_\_
- Myokarddilatoren \_\_\_\_\_
- Koronardilatoren \_\_\_\_\_
- Herzklappenfehler \_\_\_\_\_
- Herzklappenstenose \_\_\_\_\_
- Herzklappeninsuffizienz \_\_\_\_\_
- Aortenaneurysma \_\_\_\_\_
- chronische Arrhythmien \_\_\_\_\_
- Kardiomyopathien bzw. \_\_\_\_\_
- Herzmuskelerkrankungen \_\_\_\_\_
- Tumore \_\_\_\_\_
- Sonstige Erkrankung \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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? \_\_\_\_\_

Kennen Sie Ihre Blutgruppe? Nein  Ja  \_\_\_\_\_

Was/Wie nehmen Sie aktuell an Medikamente bzw. Nahrungsergänzungsmittel, Homöopathika, Naturheilkundliches etc. ein oder spritzen Sie?

1. \_\_\_\_\_  
Medikament/Nahrungsergänzungsmittel etc. Dosis  
Warum \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_  
Medikament/Nahrungsergänzungsmittel etc. Dosis  
Warum \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_  
Medikament/Nahrungsergänzungsmittel etc. Dosis  
Warum \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_  
Medikament/Nahrungsergänzungsmittel etc. Dosis  
Warum \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_  
Medikament/Nahrungsergänzungsmittel etc. Dosis  
Warum \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_  
Medikament/Nahrungsergänzungsmittel etc. Dosis  
Warum \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_  
Medikament/Nahrungsergänzungsmittel etc. Dosis  
Warum \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_  
Medikament/Nahrungsergänzungsmittel etc. Dosis  
Warum \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_  
Medikament/Nahrungsergänzungsmittel etc. Dosis  
Warum \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_  
Medikament/Nahrungsergänzungsmittel etc. Dosis  
Warum \_\_\_\_\_

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

Nehmen Sie zurzeit Antibiotika/Penicillin ein? Ja  Nein   
Name? \_\_\_\_\_ seit wann? \_\_\_\_\_ Dosis? \_\_\_\_\_  
Warum? \_\_\_\_\_ wie lange noch? \_\_\_\_\_

Tragen Sie einen Herzschrittmacher o. ä. ? Ja  Nein  \_\_\_\_\_

Raucher - seit \_\_\_\_\_ Jahre Konsum: \_\_\_\_\_ Zigaretten pro Tag

Nichtraucher - seit \_\_\_\_\_ Jahre

Drogenkonsum  regelmäßig Alkohol: \_\_\_\_\_ ml täglich

Allergien (aktuell und frühere)? Welche? \_\_\_\_\_

Unverträglichkeiten (aktuell und frühere)? Welche? \_\_\_\_\_

Krankenhausaufenthalte? Wann? Weshalb? \_\_\_\_\_

Operationen? Welche? Wann? \_\_\_\_\_

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

Wann waren Sie zuletzt im Ausland? \_\_\_\_\_

Waren Sie vorher auch schon mal weiter weg? Nein  Ja  \_\_\_\_\_

Was ist Ihr Wunsch an mich bzw. Ihr Ziel?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nennen Sie bitte alle bereits bei Ihnen gestellten Diagnosen, die **zurzeit** bei Ihnen (noch) vorliegen und/oder Sie Medikamente/Homöopathisches/Naturheilkundliches dagegen einnehmen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Weitere, bisher gestellte Diagnosen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bisher erfolgte Behandlungen und Erfolge: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Legen Sie gerne diesem Bogen, noch Vorbefunde (ca. 1 Jahr zurück bzw. auch ältere, relevante Berichte) von anderen Ärzten/Krankenhaus/Heilpraktiker etc. sowie aktuelle Laborbefunde (nicht älter als 4 Wochen) bei!

**Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben:**

\_\_\_\_\_

Unterschrift Patient bzw. dessen gesetzl. Vertreter - bei Minderjährigen **beide** Erziehungsberechtigte



## 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 ggf. Pranic Healing n. GMCKS bzw. Prana-Heilung sinnvoll.

### **Hinweise zur Prana-Anwendung\*:**

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, Ohringe 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 die Aufklärung 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  
(bei Minderjährigen beide Erziehungsberechtigte)