

Praxis Medusa – Heilpraktikerpraxis

Anamnesebogen & Einverständniserklärung für Infusionstherapien

Bitte füllen Sie diesen Bogen vor Beginn der Behandlung vollständig aus. Die Angaben dienen Ihrer Sicherheit und der medizinischen Beurteilung vor Durchführung einer Infusionstherapie.

Patientendaten

Patientendaten	
Name	
Geburtsdatum	
Adresse	
Telefon	
E-Mail	
Hausarzt	

Medizinische Anamnese

Medizinische Anamnese	
Chronische Erkrankungen / Vorerkrankungen	
Regelmäßige Medikamente	
Allergien / Unverträglichkeiten	
Lebererkrankungen	
Nierenerkrankungen	
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	
Autoimmunerkrankungen	
Asthma / Atemwegserkrankungen	
Krebserkrankung aktuell oder früher	
Schwangerschaft / Stillzeit	
Frühere Reaktionen auf Infusionen oder Injektionen	

Auswahl der Infusion

Gewünschte Infusionstherapie	
Energie / Burnout Infusion	
Beauty / Anti-Aging Infusion	
Immun Infusion	
Detox / Entgiftungsinfusion	
NAD+ Infusion	
Anti-Inflammations Infusion	
Migräne Infusion	
Onkologische Infusion (begleitend)	

Sonstige	
----------	--

Mögliche Risiken und Nebenwirkungen der Infusionstherapie

Auch bei sorgfältiger Durchführung können Nebenwirkungen auftreten. Dazu gehören insbesondere:

- Schmerzen, Rötung oder Bluterguss an der Einstichstelle
- Entzündung der Vene (Phlebitis)
- Schwindel, Kreislaufreaktionen oder Blutdruckabfall
- Übelkeit, Kopfschmerzen oder Unwohlsein
- Wärmegefühl oder Flushreaktionen
- Herzklopfen oder Unruhe
- allergische Reaktionen bis hin zum anaphylaktischen Schock (selten)
- lokale Infektionen an der Einstichstelle (sehr selten)
- Elektrolyt- oder Stoffwechselferschiebungen
- vegetative Reaktionen wie Schwitzen oder Unruhe
- substanzabhängige Reaktionen (z. B. bei NAD⁺-Infusion Druckgefühl, Übelkeit)

Schwere Komplikationen sind selten, können jedoch trotz sorgfältiger Durchführung nicht vollständig ausgeschlossen werden.

Einverständniserklärung

Ich wurde über Ablauf, Nutzen sowie mögliche Risiken der Infusionstherapie aufgeklärt. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, Fragen zu stellen und habe verständliche Antworten erhalten.

Ich bestätige, dass ich alle Angaben zu meinem Gesundheitszustand wahrheitsgemäß gemacht habe und Veränderungen meines Gesundheitszustandes der Praxis mitteilen werde.

Mir ist bekannt, dass es sich um eine naturheilkundliche Behandlung handelt und diese keinen Ersatz für eine notwendige schulmedizinische Therapie darstellt.

Hiermit willige ich freiwillig in die Durchführung der Infusionstherapie in der Praxis Medusa ein.

Dokumentation der Behandlung

Dokumentation der Behandlung (durch Therapeut/in auszufüllen)	
Datum der Behandlung	
Verabreichte Infusion	
Wirkstoffe / Dosierung	
Besondere Reaktionen während der Infusion	

Datenschutzhinweis (DSGVO)

Ihre personenbezogenen Daten werden ausschließlich zum Zweck der Behandlung und Dokumentation verarbeitet. Die Daten unterliegen der gesetzlichen Schweigepflicht und werden nicht ohne Ihre Einwilligung an Dritte weitergegeben, sofern keine gesetzliche Verpflichtung besteht. Sie haben das Recht auf Auskunft, Berichtigung oder Löschung Ihrer gespeicherten Daten im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in

Unterschrift Therapeut/in