



Schloss Goldacker - Das Schloss der Gesundheit

# *Mein Weg zur Heilung*



Schloss Goldacker - Das Schloss der Gesundheit

*... benötigt meine Aktivität*

Name: \_\_\_\_\_

*Bitte füllen Sie alle Unterlagen gewissenhaft aus und unterschreiben sie diese. Bringen Sie die Unterlagen dann zum ersten Termin mit oder senden Sie diese vor einer telefonischen Beratung per Email (als PDF-Datei) an [med@schloss-goldacker.de](mailto:med@schloss-goldacker.de) vielen Dank. Ohne ausgefüllten Fragebogen, Vereinbarung und Datenschutzerklärung sind keine medizinischen Beratungsgespräche und Behandlungen möglich.*

*Stand 09/2025*



Fachpraxis für Naturheilkunde Meilenstein UG,  
Schloss Goldacker, Am Schloß 11, 99991 Unstrut-Hainich OT Weberstedt

**Schriftliche Einwilligung gemäß Datenschutz (DSGVO)**

Name, Vorname: .....

Straße, Nr.: .....

PLZ, Ort: .....

Geburtsdatum: .....

Um zu dokumentieren und abrechnen zu können, ist es erforderlich, dass wir Ihre persönlichen Daten speichern. Es handelt sich bei den Daten um ihren Namen, Geburtsdatum und ihre Anschrift. Weiter werden Daten zur Behandlung Ihrer Person und die Kosten erfasst. Diese Daten geben wir unter Umständen weiter an Labore für Analysen und Abrechnung und an Abrechnungsstellen, die mit der Erstellung der Rechnung und Abwicklung der Zahlung beauftragt sind. Im Falle eines Zahlungsverzugs werden die Daten an beauftragte Rechtsanwälte und Inkassounternehmen geleitet.

**Eine Weitergabe an Dritte, beispielsweise zu Werbezwecken, erfolgt nicht.**

Die Vorschriften des Datenschutzes (BDSG, DSGVO) verlangen eine Einwilligung in die Datenspeicherung und Datenverarbeitung. Daher ist es notwendig, diese Einwilligung zu unterschreiben.

Hiermit willige ich ein, dass die notwendigen Daten zum Zweck der Dokumentation und Abrechnung erhoben, gespeichert und verarbeitet werden.

Ort: ....., den .....  
(Unterschrift Patient/ Erziehungsberechtigte)

**Rechte der Betroffenen: Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht**

Sie sind gemäß § 15 DSGVO jederzeit berechtigt, gegenüber uns um Auskunftserteilung zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen.

Gemäß § 17 DSGVO können Sie jederzeit gegenüber uns die Berichtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogenen Daten verlangen. Die Löschung kann aber frühestens nach gesetzlicher Frist erfolgen. Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angaben von Gründen von Ihrem Widerrufsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an uns übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.



## Vereinbarung (Seite 1 von 2)

zwischen

Fachpraxis für Naturheilkunde Meilenstein UG, Schloss Goldacker  
GF Julia Holzhäuser, HP Dirk Kolberg, Am Schloß 11, 99991 Unstrut-Hainich OT Weberstedt  
(im nachfolgenden PRAXIS genannt)

Und dem Patienten, der Patientin (im nachfolgenden PATIENT genannt)

Name, Vorname: .....

Straße: .....

PLZ, Ort: .....

Bei Minderjährigen zusätzlich Name, Vorname und Adresse der Sorgeberechtigten:

.....  
.....  
.....  
.....

### §1 Vertragsgegenstand

Vertragsgegenstand sind Beratungen und Behandlungen des PATIENTen durch die PRAXIS. Die Behandlungen umfassen unter anderem auch wissenschaftlich / schulmedizinisch nicht anerkannte Verfahren. Die Behandlungen entsprechen keinen Leitlinien.

### §2 Versprechen auf Heilung

Auf alle Behandlungsmethoden wird keine Garantie auf Heilung oder Linderung gegeben. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass kein Versprechen auf Heilung gemäß Heilmittelwerbegesetz (HWG) gegeben wird.

### §3 Behandlungshinweis

Es wird darauf hingewiesen, dass die Behandlung des Heilpraktikers eine ärztliche Therapie nicht ersetzt. Sofern ärztlicher Rat erforderlich ist, wird die PRAXIS eine Weiterleitung an einen Arzt veranlassen. Dies gilt auch dann, wenn dem Heilpraktiker aufgrund eines gesetzlichen Tätigkeitsverbots eine Behandlung nicht möglich ist.

### §4 Schweigepflicht

Die PRAXIS verpflichtet sich, über alles erlangte Wissen des PATIENTen Stillschweigen zu bewahren. Die PRAXIS erteilt Informationen zum PATIENT nur, wenn der PATIENT eine Schweigepflichtentbindung erstellt hat. Ausnahme: Die PRAXIS ist von der Schweigepflicht befreit, wenn sie aufgrund gesetzlicher Vorschriften zur Weitergabe verpflichtet ist, beispielsweise Meldepflicht bei bestimmten Diagnosen, oder auf behördliche oder gerichtliche Anordnung.

### §5 Sorgfaltspflicht

Die PRAXIS betreut den PATIENTen mit der größtmöglichen Sorgfalt. Sie wendet jene Heilmethoden an, die nach ihrer Überzeugung und ihrer Qualifikation am ehesten zum Erfolg führen könnten.

### §6 Aufklärungspflicht / Aufklärungsumfang

Die PRAXIS ist verpflichtet, dem PATIENTen in verständlicher Weise zu Beginn der Behandlung und, soweit erforderlich, in deren Verlauf sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände zu erläutern, insbesondere die Diagnose und die Therapie, sowie die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung. Nachfolgende Punkte werden umfassend besprochen: Sein Gesundheitszustand, die Art der Erkrankung, die Behandlungsmethoden und voraussichtliche Dauer, die Behandlungsalternativen, Belastungen, Risiken und statistische Therapieresultate.

### §7 Mediale Beratung

Die Beratung / Nachbetreuung über Telefon, Videotelefonie, Nachrichten-App oder anderen Schriftverkehr ersetzt keine Behandlung in der PRAXIS und kann nur zusätzlich erfolgen. Medial können keine Diagnosen erstellt werden, dies geschieht nur in der PRAXIS. Die Abrechnung erfolgt nach Zeitaufwand.



## Vereinbarung (Seite 2 von 2)

### §8 Behandlungskosten

Alle Rechnungen sind Selbstzahler-Rechnungen und werden nicht nach GebÜH (Gebührenordnung für Heilpraktiker) erstellt. Mit einer Erstattung der Behandlungskosten durch die Krankenkassen ist nicht zu rechnen. Unabhängig von einer abweichenden Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit oder einer abweichenden Erstattung durch Beihilfestellen oder private Krankenversicherungen sind die Kosten in voller Höhe zu zahlen. Nach §4 Nr.14 Umsatzsteuergesetz sind naturheilkundliche Leistungen von der Umsatzsteuer befreit. Die Kosten zahlt der PATIENT für Dienstleistung, Praxiskosten (Betriebskosten) und Medikamente. Sie richten sich nach Aufwand, Zeit und dem Verbrauch. Sie sind nicht abhängig vom Erfolg.

Die Kosten für Diagnostik, Beratung und Behandlungen (ohne Medikamente) betragen ca. 90 € für 30 Min. Spezielle Anwendungen mit teurer Medizintechnik sind hochpreisiger. Die Kosten der „Neuaufnahme-KURZ“ (25 Min.) betragen 100 €, die Kosten der „Neuaufnahme-STANDARD“ (90 Min.) betragen 270 €.

Bei mehrtägigen Behandlungen zahlt der PATIENT 75 % der Kosten vor dem Beginn der Behandlung. Nach Ende erfolgt eine Abschlussrechnung (oder Gutschrift) mit detaillierter Auflistung der Leistungen und Verrechnung der Anzahlungen. Die Zahlung kann in bar oder per Überweisung erfolgen. Bei Stornierung können die Kosten für personenbezogene Medikamente nicht erstattet werden!

### §9 Laborkosten

Die Kosten für Laboruntersuchungen werden vom Labor in Rechnung gestellt und gehen zu Lasten des PATIENTen.

### §10 Medikamente

Alle Medikamente gehen zu Lasten und auf Rechnung des PATIENTen. Mit seiner Unterschrift bestätigt der PATIENT, dass Herr Dirk Kolberg darüber aufgeklärt hat, dass einige eingesetzte Arzneimittel nicht als Fertigarzneimittel in Deutschland erhältlich sind. In diesen Fällen handelt es sich um Apothekenrezepturherstellungen oder patientenbezogene Eigenarzneimittelherstellungen nach § 13 Abs. 2b Satz 1 AMG. Sie werden in einem zertifizierten Reinlabor hergestellt und anschließend von einem unabhängigen zertifizierten Labor analysiert (Sterilprüfung, Endotoxine-Bestimmung). Die Eigenarzneimittelherstellung ist beim zuständigen Gesundheitsamt und dem Thüringer Landesamt für Verbraucherschutz (TLV) gemeldet, die Produkte sind hochrein und gesetzeskonform produziert.

**Die Medikamente einer Behandlungsserie mit Rezeptur- oder Eigenarzneimitteln werden im Voraus berechnet und können auch nicht erstattet werden (personengebundene Dokumentationspflicht).**

Mit der Unterschrift unter diesem Vertrag erklärt sich der PATIENT bereit, die Kosten für die Anwendungen, Dienstleistungen und Medikamente selbst zu tragen.

### §11 Entschädigung bei Nicht- bzw. kurzfristiger Terminabsage

Falls vereinbarte Termine nicht wahrgenommen werden können, bittet die PRAXIS den PATIENT, diese spätestens 48 Stunden vorher telefonisch unter +49-(0)36022-184112 abzusagen. Dort ist ein Anrufbeantworter angeschlossen. Sollte keine Absage erfolgen wird ein Ausfallhonorar von 75% der normalen Kosten (z.B. Diagnostik, Beratung, Behandlungen) berechnet.

### §12 Persönliche Patientendaten und medizinische Befunde

Es wird darauf hingewiesen, dass alle persönlichen und behandlungsrelevanten Angaben sowie medizinische Befunde des PATIENTen erhoben und gespeichert werden. Eine gesonderte schriftliche Einwilligung gemäß Datenschutz (DSGVO) muss vor der Datenerfassung vom PATIENTen unterschrieben werden.

### Einwilligungserklärung

Ich werde im Erstgespräch umfassend über die unter § 6 der Vereinbarung genannten Punkte (Aufklärungspflicht und Aufklärungsumfang) mündlich informiert. Im Erstgespräch werde ich alle notwendigen Fragen stellen und beantwortet bekommen. Eine gesonderte Einwilligungserklärung unterschreibe ich erst nach dem Erstgespräch und vor Durchführung einer Behandlungsempfehlung. Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich die Vereinbarung.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift PATIENT/ Sorgeberechtigte

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift PRAXIS



## Fragebogen zur Erstaufnahme

Pat.-Nr.: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: ..... Beruf(e): .....

Geburtsdatum: ..... Email: .....

Telefon: ..... Mobil: .....

Sternzeichen: ..... Aszendent: .....

Größe: ..... cm Gewicht: ..... Kg Geburtsjahre der Kinder: .....

ledig  verheiratet  geschieden  getrennt lebend  zusammenlebend  verwitwet

### Mögliche Kontraindikationen:

Ich bin schwanger  Ich leide unter Epilepsie  Ich leide unter einer Gerinnungsstörung

Ich nehme Blutverdünner  Ich trage ein elektronisches Bauteil in mir und zwar .....

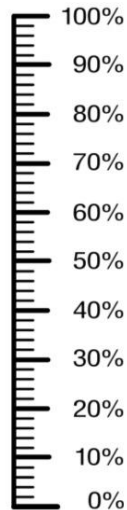
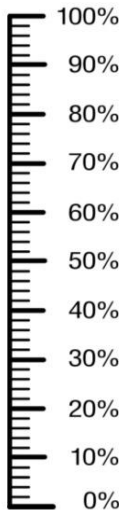
Ich trage ein mechanisches Bauteil in mir und zwar .....

*Die Fragen 1 bis 15 beziehen sich auf die letzten 4 bis 6 Wochen. Bitte füllen Sie entsprechend aus!*

1. Meine allgemeine durchschnittliche **Leistungsfähigkeit** beträgt:

körperlich:

geistig:



Sollte die Leistungsfähigkeit stark schwanken, tragen Sie bitte die Spanne von – bis ein!

2. Mein allgemeines Wohlbefinden (bitte ankreuzen):



3. Schlaf:

Ich habe Schwierigkeiten einzuschlafen  Ich habe Schwierigkeiten durchzuschlafen

Ich gehe um ..... Uhr ins Bett und schlafe ..... Stunden.

Ich bin morgens beim Aufstehen erholt?  Ja  Nein



4. Müdigkeit, Mattheit

O Nach ..... (Handlung oder Zeit) fühle ich mich:

O matt O kraftlos O niedergeschlagen O mutlos O depressiv O .....

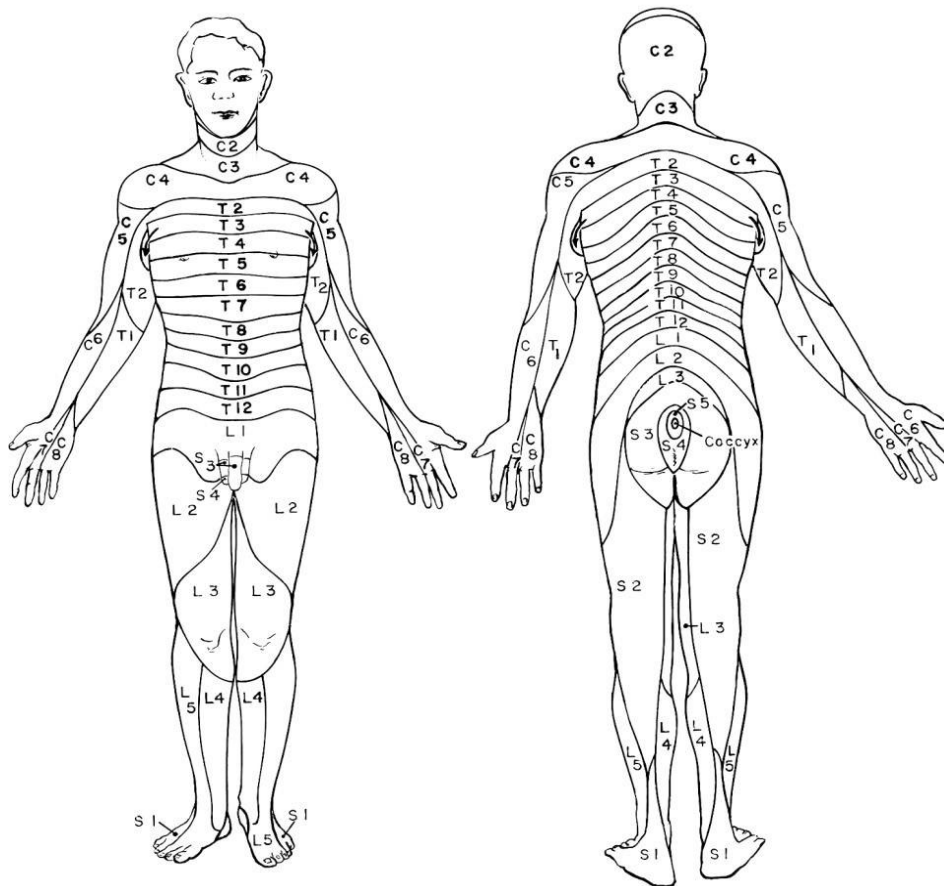
5. Aktuelle **Haupt**beschwerden:

.....  
.....  
.....

6. Aktuelle **Neben**beschwerden:

.....  
.....  
.....

7. Zeichnen Sie bitte die aktuellen **Schmerz- und Beschwerdeorte** in das folgende Schema ein:



8. Folgende **Untersuchungen** wurden aufgrund meiner **aktuellen Beschwerden** durchgeführt (Röntgen, MRT, CT, Labor, Magen-/Darmspiegelung, ...):

.....  
.....  
.....

**Bitte bringen Sie Befunde, Laborberichte und / oder Bilder mit!**



9. Folgende **Therapieverfahren** wurden bisher bei meinen **aktuellen Beschwerden** angewandt:

Verfahren	Erfolg

10. Bei diesen Tätigkeiten schränken mich die **aktuellen Beschwerden** ein:

.....  
.....

11. Das würde ich gern machen, wenn die **aktuellen Beschwerden** verschwunden sind:

.....

12. Meine **aktuellen Beschwerden** haben sich im Laufe der Zeit verändert (z.B. zugenommen, verlagert, ...)

.....

13. Meine **aktuellen Beschwerden** sind zu einer bestimmten Tages-, Wochen-, Jahreszeit am schlimmsten?

.....

14. Folgendes lindert meine **aktuellen Beschwerden**?

.....

15. Folgendes verstärkt **meine** aktuellen Beschwerden?

.....

.....

16. Gab oder gibt es **seelische Belastungen**? Wurde diesbezüglich schon behandelt?

.....

.....

.....

.....

17. Gibt es außergewöhnlichen Belastungen im Alltag? (z.B.: Enkel, Hausbau, Person pflegen, ...)

.....

.....

18. Was machen Sie in Ihrer **Freizeit**?

.....

.....

.....



19. Ich wurde an diesen Stellen operiert:

Wann? (Jahr)	Wo?

20. Ich hatte folgende Unfälle:

Wann? (Jahr)	Wo?

21. Folgende Erkrankungen wurden bei mir diagnostiziert:

Wann? (Jahr)	Diagnose

22. Folgende Medikamente nehme ich regelmäßig ein:

Produktname	Dosierung	Grund



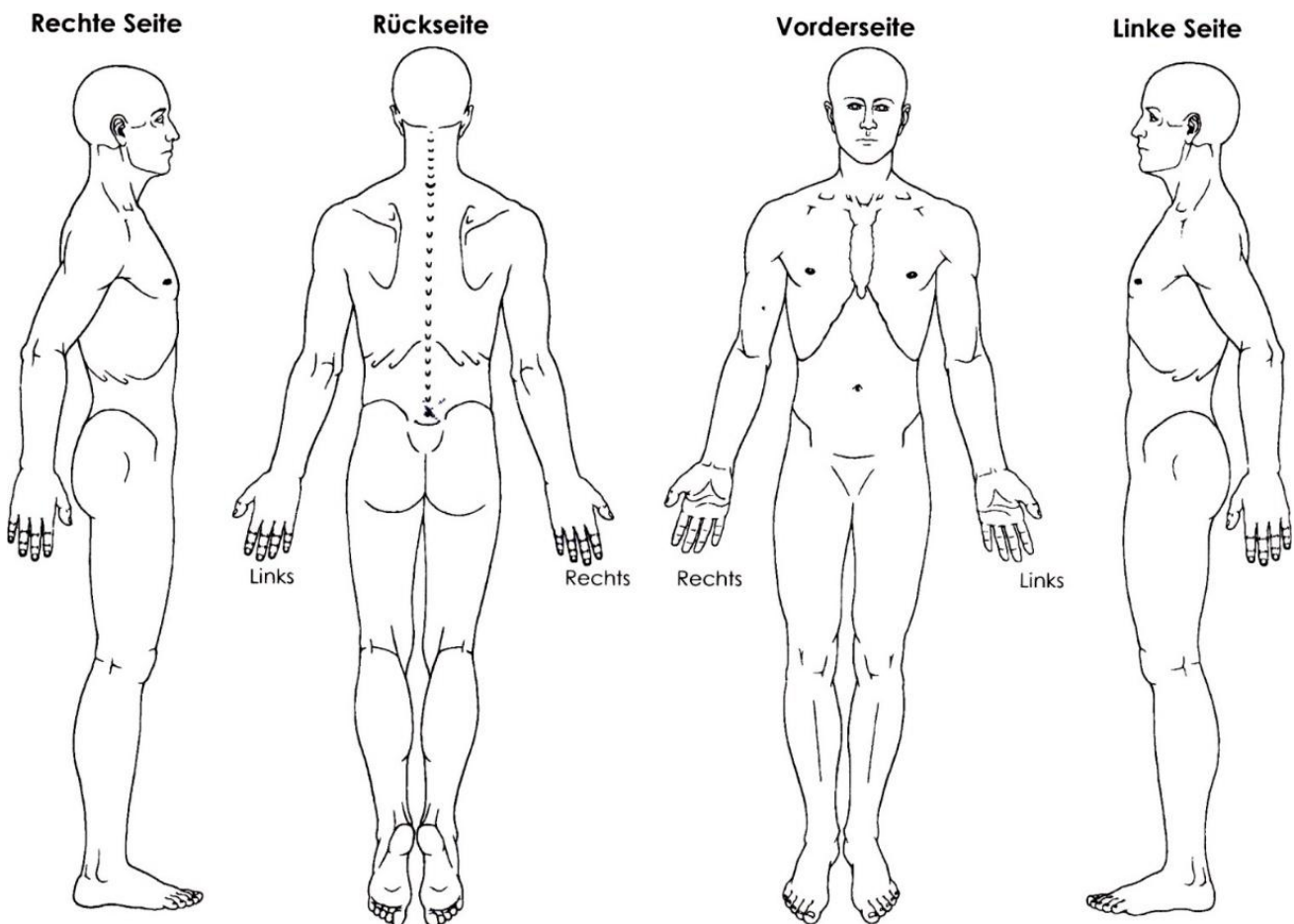
### 23. Immunsystem

- Ich habe häufig  Erkältungen  Grippe Infekte  Hautausschläge  Harnwegsentzündungen  
 Blasenentzündungen  Schleimhautreizungen (Augen, Nase, Mund, Vagina)  
 Ich habe Pilze an  Fingern  Füßen und/ oder  anderen Stellen  
 Ich habe Erkrankungen der Nasennebenhöhlen oder der Mandeln  
 Ich habe Nahrungsmittelunverträglichkeiten: .....  
 Ich habe Allergien: .....  
 Ich habe mRNA/DNA – Impfung(en) erhalten (z.B. gegen Covid-19)  
 Ich habe andere „klassische“ Impfungen erhalten

### 24. Narben

Zeichnen Sie bitte alle Ihre Narben - auch kleine Narben! - in das Schaubild ein.

(OP-, Impf-, Brand-, Wundnarben, Piercing, Schnittverletzungen, Platzwunden Leberfleckenentfernung, etc.)







## 26. Blut

- Ich habe/ hatte auffällige Blutwerte im Bereich  Leberwerte,  Blutzucker,  Fettwerte,  .....
- Mein Blutdruck ist zu  hoch  zu niedrig  schwankend

## 27. Wirbelsäule & Skelett

- Ich hatte  einen  mehrere Bandscheibenvorfälle
- Bei mir wurde eine Skoliose diagnostiziert
- Bei mir wurde ein Beckenschiefstand diagnostiziert
- Bei mir wurde eine Beinlängendifferenz diagnostiziert
- Ich trage Einlagen in meinen Schuhen

## 28. Verdauungstrakt

- Ich muss öfter Aufstoßen
- Ich habe  manchmal oder  oft Sodbrennen
- Ich habe Heißhunger auf Süßes
- Ich habe Blähungen
- Mein Stuhlgang ist  unregelmäßig  mit wechselnder Konsistenz  weich  fest  breiig

## 29. Drogen/ Süchte/ Medien:

- Ich rauche täglich ca. .... Zigaretten
- Ich habe im Alter von ..... bis ..... Jahren ..... Zigaretten täglich geraucht
- Ich trinke täglich ..... große Tassen Kaffee
- Ich trinke täglich Alkohol  Ich trinke alle ..... Tage Alkohol
- Ich habe im Alter von ..... bis ..... Jahren täglich Alkohol getrunken
- Ich konsumiere folgende Drogen .....
- Ich konsumierte folgende Drogen .....
- Bei mir läuft der Fernseher täglich ca. .... Stunden
- Ich verbringe täglich ca. .... Stunden vor dem Computer
- Ich verbringe täglich ca. .... Stunden mit der Spielekonsole
- Ich verbringe täglich ca. .... Stunden am Smartphone (Handy)
- Ich höre täglich ca. .... Stunden Radio

## 30. Ganzheitliche Aspekte

- Ich nehme folgende Nahrungsergänzungsmittel ein .....
- .....
- Ich führe regelmäßig basische Bäder für die Säuren-Basen-Balance durch
- Ich nehme Basenpulver für die Säuren-Basen-Balance ein
- Eine „Darmsanierung „ mit Entgiftung und Probiotika wurde im Jahre ..... durchgeführt
- Eine Schwermetallausleitung wurde im Jahre ..... durchgeführt
- Eine professionelle Regulation des Pilzmilieus wurde im Jahre ..... durchgeführt
- Eine professionelle Regulation der Parasiten wurde im Jahre ..... durchgeführt
- Ich habe eine Rückenschule im Jahr..... besucht
- Ich habe folgendes Fitnessprogramm durchgeführt .....
- Ich betreibe regelmäßig  autogenes Training  Meditation  Yoga  .....

