



1. Persönliche Angaben

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Beruf

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Mobiltelefon

E-Mail

Familienstand / Kinder

Empfohlen durch

2. Abrechnung und Zahlungsart

Ich bezahle mit ☐ EC-Karte ☐ oder ☐ BAR und benötige eine ☐ Rechnung zur Einreichung bei meiner privaten Krankenversicherung / Zusatzversicherung.

Private Krankenversicherung / Zusatzversicherung:

Die Bezahlung erfolgt direkt in der Praxis per EC-Karte oder bar. Eine Rechnung für die Krankenkasse bitte vorab angeben, damit sie vorbereitet werden kann. Abrechnung nach GebÜH / Blutbilder nach GOÄ 1,15.

3. Hauptanliegen und Beratungsziele

Bitte erläutern Sie Ihr Hauptanliegen kurz:

☐ Gewichtsabnahme?

☐ Gewichtsstabilisierung?

☐ Muskelaufbau?

☐ Mehr Energie?

☐ Verdauung verbessern?

☐ Darmgesundheit?

☐ Stoffwechsoptimierung?

☐ Entzündungsreduktion?

☐ Blutzucker stabilisieren?

☐ Fettstoffwechsel verbessern?

☐ Gesundheitsvorsorge?

Sonstiges?



4. Beginn, Auslöser und familiäre Vorgeschichte

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten der Beschwerden?

Bekannte Erkrankungen in der Familie:

5. Diagnosen, Operationen, Impfungen und Allergien

Diagnosen / Vorerkrankungen / Operationen:

Impfungen und auffällige Reaktionen:

☐ Keine Allergien bekannt

☐ Pollen / Heuschnupfen

☐ Asthma

Weitere Allergien / Reaktionen:

6. Beschwerden nach Körperbereichen

Kopf / Migräne

Haare / Haut / Nägel

Augen / Ohren / Tinnitus

Zähne / Kiefer / Nase

Schilddrüse / Hals

Herz / Kreislauf / Lunge

Leber / Galle / Magen

Darm / Stuhlgang

Rücken / Arme / Beine

Niere / Blase / Unterleib



7. Sicherheitsrelevante Angaben

IHHT bereits durchgeführt		☐ Ja	☐ Nein
Akuter Infekt / akute Kopfschmerzen		☐ Ja	☐ Nein
Schwerwiegende akute Erkrankung		☐ Ja	☐ Nein
Genetische Blutbildungsstörung		☐ Ja	☐ Nein
Aspirin / Blutverdünner		☐ Ja	☐ Nein
Schon einmal Infusion erhalten		☐ Ja	☐ Nein
Krampfanfall / Epilepsie / Kreislaufschwäche		☐ Ja	☐ Nein
Sorbitintoleranz		☐ Ja	☐ Nein
Histaminintoleranz		☐ Ja	☐ Nein
G6PD-Mangel getestet		☐ Ja	☐ Nein

8. Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel

Bitte Name, Dosierung und Einnahmezeitpunkt angeben:

9. Weitere medizinische Angaben

Narben, frühere Infusionen, besondere Reaktionen oder weitere wichtige Hinweise:



10. Ernährungsform und ausgeschlossene Lebensmittel

- | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ Mischkost | ☐ Mediterran | ☐ Vegetarisch |
| ☐ Vegan | ☐ Low Carb | ☐ Ketogen |
| ☐ Pescetarisch | | |

Andere Ernährungsform:

Nicht verzehrte Lebensmittel:

- | | | | |
|----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|---|
| ☐ Fleisch | ☐ Fisch | ☐ Eier | ☐ Kuhmilchprodukte |
| ☐ Soja | ☐ Gluten | ☐ Nüsse | ☐ Hülsenfrüchte |

11. Unverträglichkeiten und Besonderheiten

- | | |
|--|--|
| ☐ Laktoseintoleranz | ☐ Histaminproblematik |
| ☐ Gluten / Zöliakie | ☐ Fruktosemalabsorption |
| ☐ Sorbitintoleranz | ☐ Lebensmittelallergien |
| ☐ Keine bekannt | |

Weitere:

12. Mahlzeiten und Getränke

Mahlzeiten pro Tag

Frühstück

Fastenzeiten / Intervallfasten

Eiweißzufuhr pro Tag

Trinkmenge pro Tag

Kaffee / Koffein

Alkohol

Süßigkeiten / Snacks

13. Typischer Ernährungstag



14. Körperdaten und Gewichtsentwicklung

Körpergröße (cm)

Aktuelles Gewicht (kg)

Zielgewicht (kg)

Taillenumfang (cm)

Blutgruppe

Blutdruck / Puls

Gewichtsentwicklung / bisherige Diäten:

15. Alltag, Bewegung, Schlaf und Stress

☐ Überwiegend sitzend

☐ Gemischt

☐ Körperlich aktiv

☐ Schichtarbeit

Bewegung / Sport

Schritte pro Tag

Schlafdauer

Schlafqualität

Stressniveau

Spätes / nächtliches Essen



16. Selbsteinschätzung von 1 bis 10

Fitness	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Aktuelle Stimmung	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Beeinträchtigung durch Symptome	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Leidensdruck	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

17. Häufige Begleitbeschwerden

Müdigkeit / Antriebslosigkeit	☐ Ja	☐ Nein
Abneigung gegen Fett	☐ Ja	☐ Nein
Stimmungsschwankungen	☐ Ja	☐ Nein
Gelenk- / Muskelschmerzen	☐ Ja	☐ Nein
Sehnenbeschwerden	☐ Ja	☐ Nein
Gewichtszunahme	☐ Ja	☐ Nein
Heisere Stimme	☐ Ja	☐ Nein
Heißhunger	☐ Ja	☐ Nein
Blaue Flecken	☐ Ja	☐ Nein
Haarausfall	☐ Ja	☐ Nein
Frieren / kalte Glieder	☐ Ja	☐ Nein
Morgendlicher Geschmack im Mund	☐ Ja	☐ Nein
Konzentrationsstörungen	☐ Ja	☐ Nein
Trockene Haut / brüchige Nägel	☐ Ja	☐ Nein
Wassereinlagerungen	☐ Ja	☐ Nein



18. Schmerzen

Ort / Ausstrahlung / Schmerzart:

Schmerzstärke 1-10:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Seit wann?

Auslösendes Ereignis?

Häufigkeit

Verschlimmerung

Verbesserung

Bisherige Behandlung

19. Temperatur, Blutdruck und Puls über drei Tage

Zeitpunkt	T1 Temp.	T1 BD/P	T2 Temp.	T2 BD/P	T3 Temp.	T3 BD/P
Aufstehen						
ca. 12 Uhr						
ca. 18 Uhr						
Zubettgehen						

20. Weitere Informationen, Wünsche und Besonderheiten

Schweigepflicht und Datenschutz

Alle im Rahmen der Behandlung besprochenen Inhalte unterliegen der Schweigepflicht. Timo Röble verpflichtet sich, Ihre Privatsphäre zu wahren und keine Inhalte ohne Rechtsgrundlage oder Einwilligung an Dritte weiterzugeben. Wird eine Rechnung für eine Krankenkasse benötigt, können die hierfür erforderlichen Daten an eine beauftragte Abrechnungsstelle übermittelt werden. Personenbezogene Daten werden gespeichert, soweit dies für die aktuelle und zukünftige Behandlung sowie die Rechnungsstellung erforderlich ist.

Aufklärung über Injektionen und Infusionen

Vor einer Behandlung werden Indikation, Kontraindikationen, die konkrete Durchführung und offene Fragen persönlich besprochen. Mögliche Anwendungen sind intravenös (i.v.), intramuskulär (i.m.), intrakutan (i.c.) oder subkutan (s.c.). Vorteile können eine gezielte Wirkung, gute Dosierbarkeit und die Umgehung des Verdauungstraktes sein.

Mögliche Komplikationen

- Hämatom, Entzündung oder in seltenen Fällen Abszess an der Einstichstelle
- Gefäß- oder Nervenschädigung
- Allergische Reaktion mit Juckreiz oder Hautausschlag bis hin zum allergischen Schock

Honorar und Rechnungsstellung

Bei Infusionen wird für die Anamnese beim ersten Termin bis maximal 15 Minuten eine Pauschale von 20 Euro berechnet. Die weiteren Infusionspreise richten sich nach Therapie und Infusionsart. Zusätzliche Beratungen werden mit 110,00 Euro pro Stunde berechnet; Blutanalysen und sonstige Leistungen nach Aufwand. Die Kosten werden im Erstgespräch erläutert und beruhen auf einer freien Honorarvereinbarung zwischen Patient und Therapeut.

Für Privat- oder Zusatzversicherte erfolgt die Rechnungsstellung in der Regel nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker beziehungsweise bei Laborleistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte. Die externe Rechnungsstellung kann mit einer Gebühr von 8 Prozent des Rechnungsbetrags verbunden sein. Das Honorar ist unabhängig von einer möglichen Erstattung und unabhängig vom Behandlungserfolg vollständig zu entrichten. Der Therapeut schuldet eine gewissenhafte Behandlung unter Beachtung der Aufklärungs- und Sorgfaltspflichten.

Ausfallgebühr

Ein vereinbarter Termin wird bei einer Absage von weniger als 24 Stunden vor dem Termin mit 80 Euro berechnet, da der Termin kurzfristig in der Regel nicht neu vergeben werden kann.



Datenschutz und Kommunikation

Ich möchte den kostenlosen Newsletter mit Informationen über Aktionen und Neuerungen erhalten:

☐ Ja

☐ Nein

Die Datenschutzerklärung unter www.naturheilpraxis-roessle.de/datenschutz habe ich gelesen:

☐ Ja

☐ Nein

Einwilligung in Injektionen und Infusionen

Jede Punktion, Injektion oder Infusion ist ein Eingriff in die körperliche Unversehrtheit und setzt eine wirksame Einwilligung voraus. Ich wurde über die möglichen Risiken informiert. Ich hatte Gelegenheit, Fragen zu stellen, habe die Erläuterungen verstanden und kann meine Einwilligung jederzeit vor der Behandlung widerrufen.

☐ Ich habe die Aufklärung verstanden und habe derzeit keine weiteren Fragen.

☐ Ich bestätige, dass ich die vorstehenden Informationen zur Kenntnis genommen habe.

☐ Ich bin in der Lage, die Verantwortung für meine Angaben und Entscheidungen zu übernehmen.

Ort, Datum und Bestätigung

Ort

Datum

Name / Vorname in Druckbuchstaben

Gesetzliche Vertretung, falls erforderlich

Unterschrift: Bitte nach dem Ausdruck handschriftlich unterschreiben oder eine zulässige digitale Signatur verwenden.