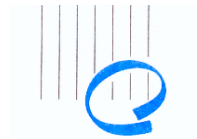


# Naturheilpraxis

## Florian Grill

Tisinstraße 56 a 82041 Deisenhofen

Tel.: 089-61339582



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

willkommen in unserer Naturheilpraxis!

Zu Beginn möchte ich Ihnen einige Gedanken und Richtlinien unserer Naturheilpraxis näherbringen. Die Naturheilkunde ist schnell erklärt: Naturheilkunde ist Hilfe zur Selbsthilfe. Das heißt in unserem Verständnis, dass das Prinzip der Naturheilkunde nicht heilen kann, sondern den Organismus dazu anregt sich selbst zu heilen. Bis zum heutigen Tage hat es noch keiner geschafft jemand anderen zu heilen. Der Heiler ist immer der Patient selbst. Wir verstehen uns nur als Ideengeber und Begleiter, bis der Patient beginnt sich selbst zu heilen. Dies setzt allerdings voraus, dass der Patient die volle Verantwortung für seine Krankheit, für die Umstände, die zu seiner Krankheit psychisch und physisch geführt haben und vor allem für seine Heilung, übernimmt. Auch bei uns gibt es keine Wunderpille. Denken Sie darüber nach, ob Sie sich selbst zum Opfer der Krankheit und Ihren Lebensumständen machen. Oder haben Sie selbst einen Einfluss auf das Geschehen. Gibt es Entscheidungen in Ihrem Leben, die Sie treffen mussten, um die Richtung zu ändern?

Wie viel bin ich mir wert, wie viel ist mir meine Gesundheit wert? Bin ich bereit in meinem Leben etwas zu ändern, damit ich gesund werde? Übernehme ich die Verantwortung für meine Heilung zu 100%? Will ich wirklich gesund werden mit aller Konsequenz?

Die Selbstverantwortung zu übernehmen, ist für unsere Arbeit mit Ihnen, die wichtigste Voraussetzung, damit sich etwas ändern kann.

Die Behandlungsdauer richtet sich nach dem Heilrhythmus und nach der Entgiftungs- und Regulationsfähigkeit Ihres Körpers. Darauf haben wir wenig Einfluss. Eine der Hauptsäulen in unserer Praxis ist die Entgiftung. Wo keine Gifte mehr vorhanden sind, besteht die Chance für ein gutes Immunsystem. Daher ist es von Ihrer Seite wichtig, so wenig Gifte und belastende Lebensmittel wie möglich während der Behandlungszeit zu sich zu nehmen (Kaffee, Alkohol, Zucker, Weizen). Achten Sie darauf, sich mindestens 1 x am Tag für 15 min. zu bewegen (zügiges Spaziergehen, Joggen, Walken etc.).

Wir werden Sie nach unserem besten Wissen unterstützen und begleiten. Sollte dennoch etwas nicht in Ihrem Sinne sein, sagen Sie es, wir sind für jede Form der Anregung offen.

Um Sie ganzheitlich behandeln zu können, bedarf es einer ausführlichen Anamnese.

Unsere Praxis arbeitet grundsätzlich mit Terminvergabe. Nur so lassen sich Behandlungsabläufe optimal koordinieren und Sie verschwenden Ihre Zeit nicht im Warteraum.

Für eine optimale Vorbereitung bitten wir Sie im Vorfeld einen ausführlichen Anamnese-Fragebogen ausgefüllt an die Praxis per Mail oder per Post zu senden. Dieser ermöglicht Ihnen zu Hause in aller Ruhe meine Fragen zu beantworten.

Ich freue mich auf eine erfolgreiche Zusammenarbeit

Florian Grill



**Naturheilpraxis  
Florian Grill  
Tisinstraße 56 a 82041 Deisenhofen  
Tel.: 089-61339582**

Ihr vereinbarter Termin ist am \_\_\_\_\_.

Für diesen Termin benötigen wir diese Unterlagen. Bitte senden Sie uns diese **bis spätestens eine Woche** vor dem vereinbarten Termin zu, somit ist Ihr Termin bestätigt.

Dies ist die **Einverständniserklärung/Honorarvereinbarung** zwischen der oben genannten Naturheilpraxis und dem/der Patient(in)

Frau / Herr \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigter (für Kinder unter 18 Jahren) \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_

**Geben Sie bitte die Telefonnummern an, unter der Sie tagsüber gut erreichbar sind:**

Priv.: \_\_\_\_\_ Handy.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

1.) Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich bereit, dass die Rechnung an mich gestellt wird. Außerdem werde ich mich mit meiner Krankenkasse/Versicherung selber über einen eventuellen Ersatz der geforderten Behandlungskosten auseinandersetzen.

2.) Die Diagnose – und Behandlungsart wird von der Lehrmedizin als „wissenschaftlich allgemein nicht anerkannt“ angesehen. Aus diesem Grund, ist für diese als Sonderleistung zu betrachtenden Methoden, eine Vergütung im Gebührenverzeichnis nicht vorgesehen. Auch eine anderweitige Bewertung ist mangels Vergleichbarkeit nicht möglich.

3.) Die Kosten der großen Eingangsuntersuchung werden nicht von den Krankenkassen/Versicherungen übernommen, aus diesem Grund bin ich mit der Abrechnung der Eingangsuntersuchung von € 230,00 einverstanden und übernehme die Kosten selbst.

4.) Ich nehme zur Kenntnis, dass sich die Folgerechnungen, soweit sie sich an der Gebührenordnung für Heilpraktiker orientiert, den Höchstsatz überschreiten kann und zwischen 45,00 € und 165,00 € pro Sitzung betragen kann.

5.) Ich bin damit einverstanden, dass ich die vom Arzt verschriebenen Medikamente nur mit dessen Absprache absetze. Bei eigenmächtigem Absetzen von ärztlichen Medikamenten übernehme ich (der Patient) die volle Verantwortung.

6.) Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass in der Naturheilpraxis nach der Leistungspflicht des § 613 BGB gearbeitet wird. Der Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung ist unabhängig von der fachlichen Befähigung des Hilfspersonals, welches mit diversen Aufgaben delegiert wird. Das heißt, dass bestimmte Tätigkeiten auch vom Personal ausgeführt werden können.

7.) Bitte haben Sie Verständnis, dass wir eine gestellte Rechnung nicht mehr ändern können. Falls Sie Fragen zur Rechnungsstellung haben, sprechen Sie uns bitte vorher an.

8.) **Datenschutz / Einwilligung** (Rechtsgrundlage: Art. 6 Abs. 1 Ziffer a DSGVO) mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass

- die mich betreffenden Untersuchungs- und Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der Diagnostik und naturheilkundlichen Behandlung auf Basis des geschlossenen Behandlungsvertrags verarbeitet und gespeichert wird,
- und diese Daten auch den in der Praxis angestellten Personen oder einer privaten Abrechnungsstelle, die mit der Behandlung oder Abrechnung der Leistungen betraut sind, zur Kenntnis gegeben werden, soweit dies zur Erfüllung und Abrechnung des Behandlungsvertrags erforderlich ist,
- die meine Behandlung betreffenden Untersuchungs- und Behandlungsdaten und Befunde zur Berechnung der erbrachten Leistungen verarbeitet,
- die meine Behandlung betreffenden Untersuchungs- und Behandlungsdaten und Befunde im Rahmen der gesetzlich vorgegebenen Aufbewahrungsfrist (maximal 10 Jahre) speichern.

Mir ist bewusst, dass ich die Einwilligung zum Datenschutz ganz oder teilweise jederzeit grundlos für die Zukunft widerrufen kann. Meine Einwilligung ist freiwillig. Wenn ich nicht einwillige oder meine Einwilligung zum Datenschutz widerrufe, entstehen für mich keine Nachteile. Mir ist auch bekannt, dass ich ein Recht auf Auskunft über die mich verarbeitenden Daten habe, ein Recht auf Berichtigung und Löschung der Daten, soweit nicht das gesetzlich vorgeschriebene Aufbewahrungsrecht dem entgegensteht. Weiterhin habe ich ein Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde (Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht BayLDA) und kann die Übersendung der mich betreffenden, von mir zur Verfügung gestellten Daten verlangen.

**Wenn Sie damit einverstanden sind, freue ich mich auf eine gute Zusammenarbeit.**

Datum, \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

# Naturheilpraxis

## Florian Grill

Tisinstraße 56 a 82041 Deisenhofen

Tel.: 089-61339582



### Anamnese – Fragebogen

Name _____	Geburtstag _____
Vorname _____	Tel. priv. _____
Straße _____	Tel. mobil. _____
PLZ- Ort _____	Fax _____
Beruf _____	E-Mail _____
Geburtsort _____	
Familienstand/Kinder _____	

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

\_\_\_\_\_

**Anleitung:** Bitte füllen Sie den Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten wäre es von Vorteil, diese mit eigenen Worten zu beantworten. Bitte nehmen Sie sich genügend Zeit. Vielen Dank für Ihre Mühe.

Alle Daten werden vertraulich behandelt, wir unterliegen der Schweigepflicht.

**Mit welchen gesundheitlichen Problemen kommen Sie zu uns?**

\_\_\_\_\_

#### Allgemeines:

Gewicht _____	Größe _____
Blutgruppe _____	Blutdruck _____

Trinken Sie Alkohol?  Ja  Nein

Rauchen Sie?  Ja  Nein

**Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?**

\_\_\_\_\_

**Wie viel Liter und was trinken Sie pro Tag?**

---

**Nehmen Sie Zuckerersatzstoffe zu sich?**

---

**Treiben Sie Sport? Welchen und seit wann?**

---

**Schlaf:**

Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit \_\_\_\_\_), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, nachts schwitzen, heiße Füße, Zähneknirschen, schnarchen, anderes.

**Schlafzeit:** \_\_\_\_\_

Übliches zu Bett gehen \_\_\_\_\_ übliches Aufstehen \_\_\_\_\_

**Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?**

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente, Schicksalsschläge, usw.

---

**Welche Krankheiten/Schicksale sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Geschwister.**

z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Diabetes, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Lebererkrankungen, MS, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne, anderes.

---

**Welche Impfungen bzw. Auffrisch-Impfungen haben Sie bekommen? Bitte Impfausweis mitbringen.** z.B. Tuberkulose (BCG), Polio, Diphtherie, Tetanus, Hepatitis, Cholera, Gelbfieber, Pocken, Grippe, Zecken, Schweinegrippe, Gebärmutterhalskrebs, Corona (Biontech, Moderna, Astra) usw.

---

**Gab es Reaktionen auf Impfungen?**

z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensänderung.

Welche: \_\_\_\_\_

**Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?**

z.B. Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung, Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiferisches Drüsenfieber, Tuberkulose, Syphilis, Tropenkrankheiten, Corona, usw.

**Haben Sie schon einmal Antibiotika bekommen? Wenn ja, wie häufig?**

---

**Wurde schon einmal eine Darmsanierung durchgeführt? Wenn ja, wie?**

---

**Gibt es Allergien? Seit wann? Welche?**

---

**Kopf:**

Leiden sie unter Kopfschmerzen? Falls ja, häufig, selten, Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptregion, morgens, abends, halbseitig, links-rechts-doppelseitig, stechend, spitz, andere.

**Haare:**

Haarausfall, kreisrunder, vereinzelter, seit wann \_\_\_\_\_

**Augen:**

Bindehautentzündung, Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit, Grauer Star, Makuladegeneration, andere: \_\_\_\_\_

**Ohren:**

Links / rechts \_\_\_\_\_, Tinnitus seit \_\_\_\_\_, Schwerhörigkeit seit \_\_\_\_\_

andere: \_\_\_\_\_

**Zähne / Kiefer**

Wurden Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? O ja O nein / wann \_\_\_\_\_

Wurde eine Schwermetallausleitung durchgeführt? O ja O nein

Haben Sie wurzelbehandelte Zähne? O ja O nein / wie viele \_\_\_\_\_

**Zahnfüllmaterialien:**

O Amalgam O Kunststoff O Gold O Keramik O weiß es nicht

**Nase:**

Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung, Nase verstopft, andere: \_\_\_\_\_

**Mandeln:**

Operation, häufige Mandelentzündungen als Kind / heute

**Brust und Bauch**

**Herz:**Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Hochdruck, Niederdruck, Infarkt, Beklemmungen, Rhythmusstörungen, andere.

**Lunge:**Bronchitis, häufig Husten,

andere: \_\_\_\_\_

**Leber:**

Entzündung- Hepatitis, hohe Leberwerte

**Galle:**

Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit

**Magen:**

Völlegefühl, Sodbrennen, Gastritis, Appetitlosigkeit, Nahrungsmittelallergien / Unverträglichkeit

**Darm:**

Infektionen, Hämorrhoiden, Blindarmoperation, Blähungen, Durchfall, weicher Stuhl, andere: \_\_\_\_\_

**Stuhlgang:**

Täglich, jeden 2., 3., 4. Tag, unregelmäßig, riecht auffällig, Neigung zur Verstopfung, Neigung zu Durchfall.

Konsistenz: schnittfest, Stuhl hell, übelriechend, hart, knollig, weich, schmierig, schleimig, kann Stuhlgang nicht halten, usw.

**Rücken-Arme-Beine-Haut****Arme:**

Verletzungen, Schmerzen, Tennisarm, Kribbeln, kalte Hände, usw.

**Beine:**

Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, kalte Füße, Kribbeln, Taubheitsgefühl, usw.

**Rücken:**

Beweglichkeit, Schmerzen, Verspannungen, Belastungen, Rheuma, Hexenschuss, usw.

**Haut/Nägel:**

Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, eingewachsene Nägel, trockene Haut, brüchige Nägel, usw.

**Narben:**

Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben?

Nein

Ja spüren Sie die Narben?  ja  nein

**Unterleib – Gynäkologie:**

Ausfluss, Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten, Tumore, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten, PAP, usw.

**Periode:**

Wann war die erste Periode \_\_\_\_\_ . Wann die letzte \_\_\_\_\_

Beschwerden vor – nach – während der Periode – welche \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Verhütungsmittel? Welche \_\_\_\_\_

**Prostata:**

Vergrößert, vergangene Entzündungen, aktuell, Beschwerden beim Wasserlassen

**Nieren/Blase:**

Nierensteine, Entzündungen, andere: \_\_\_\_\_

**Harn:**

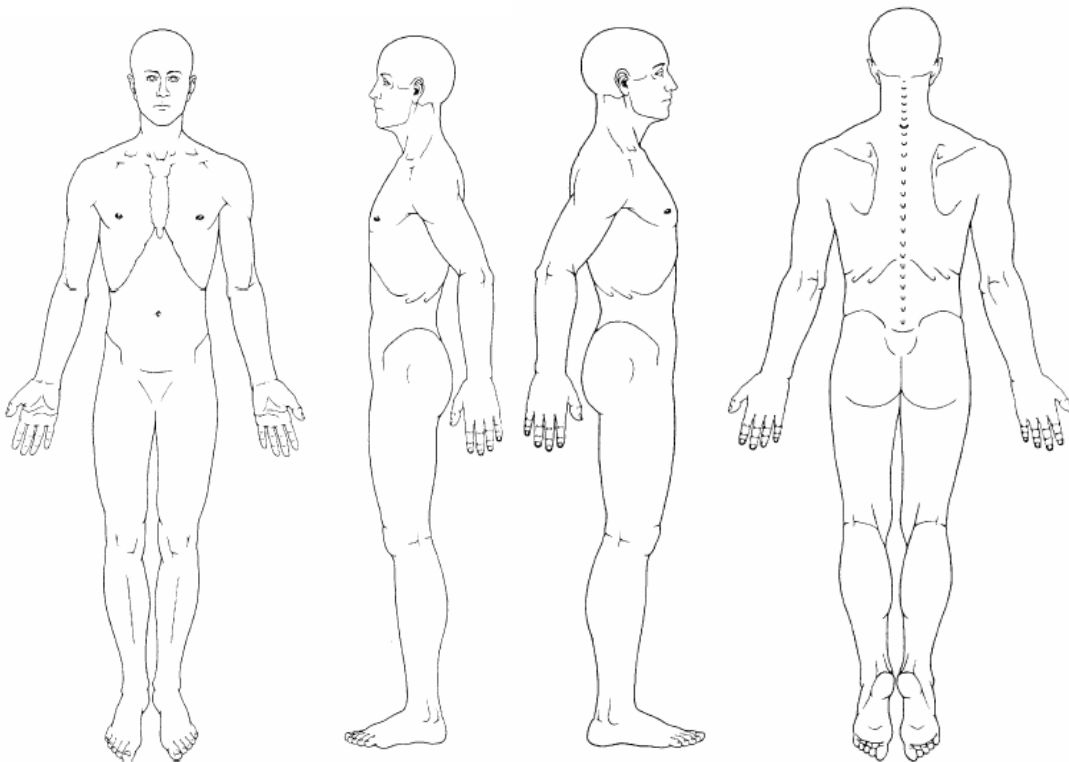
Viel, wenig, häufig, kann nicht halten, Geruch nach \_\_\_\_\_

**Sexualität:**

Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

**Schmerzfragen:**

**Wo treten Schmerzen auf? Bitte kennzeichnen:**



Kreuz = punktförmiger Schmerz    Linie = unklare Schmerzlokalisierung  
Pfeil = ausstrahlender Schmerz

**Schmerzskala für den Hauptschmerz:**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
schwach,    mittel,    stark

**Seit wann haben Sie Schmerzen?** \_\_\_\_\_

**Gab es ein auslösendes Ereignis?**

\_\_\_\_\_

**Wie oft haben Sie die Schmerzen?**

Immer, mehrmals am Tag, alle paar Tage, wöchentlich, seltener

**Wie ist der Schmerzcharakter?**

Ziehend, brennend, stechend, schneidend, klopfend, reißend, bohrend, hell, dunkel, dumpf, spitz, andere: \_\_\_\_\_

**Welche Ereignisse verschlimmern den Schmerz?**

Körperliche Belastung, langes Stehen, langes Sitzen, Gehen, Stress, Kälte, Wärme, Nahrungsmittel, Husten, Nießen, Tageszeit\_\_\_\_\_, Wetterlage, Monatsblutung, andere: \_\_\_\_\_

**Welche Ereignisse verbessern?**

Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Schmerzmittel, Sport, Urlaub, andere: \_\_\_\_\_

**Andere Symptome zum Schmerz:**

Hautrötung, Blässe, Schwellung, Berührungsempfindlichkeit, Schweißbildung, Seh- und Hörstörungen, Gangunsicherheit, Müdigkeit, Schwindel, Bewegungseinschränkung,

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Schmerzbehandlung bisher / wie?**

\_\_\_\_\_

**Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?**

Bitte Beipackzettel und Medikament mitbringen. Auch Nahrungsergänzungsmittel.

\_\_\_\_\_

**Chronologie der Krankengeschichte:**

Bitte erfassen Sie kurz alle bisherigen Erkrankungen und Operationen die Sie durchgemacht haben.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_