

Anamnesebogen Hormonsprechstunde Frauen:

Name, Vorname:

Krankenkasse:

Geburtsdatum:

Alter:

Körpergröße/ Gewicht:

Familienstand:

Kinder:

Beruf:

Adresse/Straße/Hausnr./PLZ/Ort:

Rechnungsadresse, falls abweichend:

Telefon:

E-Mail:

Schwerbehinderung/ Grad der Behinderung:

Pflegegrad:

Grund für den Beratungstermin in unserer Hormonsprechstunde:

Letzte Menstruation:

Ist der Zyklus regelmäßig: Ja Nein

Zyklusdauer:

Gynäkologische Vorerkrankungen/ Operationen:

Weitere Vorerkrankungen/ Krebsdiagnosen:

Haben Sie eine Blutgerinnungsstörung? Hatten Sie eine Thrombose/ eine Embolie/ einen Herzinfarkt oder Schlaganfall?

Gynäkologische Erkrankungen/Krebserkrankungen der Mutter/ Schwester(n):

Wann war der letzte gynäkologische Kontrolltermin, erfolgte ein vaginalem Ultraschall? Gab es Auffälligkeiten?

Aktuelle Medikation/ Ihren Medikationsplan können Sie gerne bei uns kopieren lassen:

Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten

gem. § 73 Abs. 1 b SGB V

Ich _____

(Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum)

erkläre mich einverstanden, dass

- mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.
- mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.

Sollte ich den Hausarzt wechseln bin ich damit einverstanden, dass mein bisheriger Hausarzt meinem neuen Hausarzt die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt bzw. mein neuer Hausarzt diese Unterlagen bei einem bisherigen Hausarzt anfordert.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

(Ort, Datum) (Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)

Ausfallhonorar bei verpasstem Arzt-/ Praxistermin

Können Sie Ihren Termin nicht einhalten, sagen Sie diesen bitte 48 Stunden vorher per E-Mail, Fax oder Telefon ab.

Sollten Sie Ihre Termine nicht rechtzeitig absagen, erlauben wir uns, Ihnen die Kosten für den Behandlungsfall nach § 616 BGGB pauschal mit unten genannten Kosten privat in Rechnung zu stellen.

	Ausfallgebühr in Euro
10. Verpasster Arzttermin 15Min (normale Sprechstunde)	20
11. Verpasster Arzttermin 30-60Min	50
12. Bioresonanztest Neu	80
13. Bioresonanztest Kontrolle	50
14. Oberondiagnostik	80
15. Vitalfeldmessung/ Global Diagnostic	50
16. Infusionstermin kurz	20
17. Infusionstermin lang	40
18. Andere Therapien/Termine	20

(Ort, Datum) (Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)