

Anamnesebogen Hormonsprechstunde Männer:

Name, Vorname:

Krankenkasse:

Geburtsdatum:

Alter:

Körpergröße/ Gewicht:

Familienstand:

Kinder:

Beruf:

Adresse/Straße/Hausnr./PLZ/Ort:

Rechnungsadresse, falls abweichend:

Schwerbehinderung/ Grad der Behinderung:

Pflegegrad:

Telefon:

E-Mail:

Grund für den Beratungstermin in unserer Hormonsprechstunde:

Urologische Vorerkrankungen/ Operationen:

Weitere Vorerkrankungen/ Krebsdiagnosen:

Wann war der letzte urologische Kontrolltermin? Gab es Auffälligkeiten?

Wie fühlen Sie sich? Fühlen Sie sich fit und belastbar?

Gibt es nach Ihrer Einschätzung Symptome eines Testosteronmangels?

Was erhoffen/ wünschen Sie sich von einer Hormontherapie?

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
19. Verpasster Arzttermin 15Min (normale Sprechstunde)	20
20. Verpasster Arzttermin 30-60Min	50
21. Bioresonanztest Neu	80
22. Bioresonanztest Kontrolle	50
23. Oberondiagnostik	80
24. Vitalfeldmessung/ Global Diagnostic	50
25. Infusionstermin kurz	20
26. Infusionstermin lang	40
27. Andere Therapien/Termine	20

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