

Anamnesebogen Strophanthin-Sprechstunde:

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 der Strophanthin-Sprechstunde:

Hatten Sie einen Herzinfarkt:

Haben Sie eine bekannte Herzinsuffizienz:

Wie viele Meter können Sie ohne Pause gehen:

Wie viele Stockwerke können Sie ohne Pause hochgehen:

Wie ist Ihre Konzentrations- und Leistungsfähigkeit (1-10, 1= schlecht, 10= topfit)?

Wie fühlen Sie sich (1-10, 1= schlecht, 10= topfit)?

Was erhoffen/ wünschen Sie sich von der Strophanthintherapie?

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
28. Verpasster Arzttermin 15Min (normale Sprechstunde)	20
29. Verpasster Arzttermin 30-60Min	50
30. Bioresonanztest Neu	80
31. Bioresonanztest Kontrolle	50
32. Oberondiagnostik	80
33. Vitalfeldmessung/ Global Diagnostic	50
34. Infusionstermin kurz	20
35. Infusionstermin lang	40
36. Andere Therapien/Termine	20

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