

Behandlungsvertrag über Individuelle Gesundheitsleistungen

Ich beauftrage die Hausarztpraxis an der Weide, folgende Behandlungen/Untersuchungen außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung durchzuführen. (Grundlage der Vergütung ist die Gebührenordnung für Ärzte 1996, ggf. in analoger Anwendung):

Leistung	Gebühr
Beratung Individuelle erweiterte Labordiagnostik / Prävention	
• 1. Beratungstermin 30 Minuten (GOÄ 3 \$ 6,0 Steigerung + 5 \$ 2,3 Steigerung)	ca. 63€
• Anschlussberatung a 20 Minuten (GOÄ 3 \$ 5 Steigerung)	ca. 43€

Erklärung

Mir ist bekannt, dass meine Krankenkasse eine ausreichende Behandlung gewährt und vertraglich sicherstellt.

Ich, _____ möchte zusätzlich zu der vertragsärztlichen Versorgung privatärztlich behandelt/untersucht werden. Ich wünsche mir og. Leistung.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich eine Privatliquidation über diese ärztlichen Leistungen und Sachleistungen erhalte und diese selbst bezahlen muss.

Ich bin auch darüber informiert worden, dass eine Kostenerstattung durch meine Krankenkasse wahrscheinlich nicht möglich ist.

Falls der Termin nicht 24 Stunden vorher abgesagt wird, behalten wir uns vor Ihnen über die versäumte Zeit eine Rechnung zu stellen.

Datum

Unterschrift Patient

Fragebogen – Individuelle Labordiagnostik

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Datum: _____

Lieber Patient, liebe Patientin,
dieser Fragebogen hilft uns, Ihre Situation besser zu verstehen und die Labordiagnostik individuell auf Sie abzustimmen. Wir bitten Sie daher den Fragebogen vorab schon auszufüllen und vorm Termin einzureichen. **Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

1. Warum wünschen Sie eine Laboruntersuchung? (Mehrfachnennungen möglich)

- Vorsorge / Gesundheits-Check
- Müdigkeit / Erschöpfung
- Häufige Infekte
- Gewichtszu- oder -abnahme
- Haut-, Haar- oder Nagelprobleme
- Sonstiges: _____

2. Bestehen bei Ihnen bekannte Erkrankungen? Bitte kreuzen Sie an, was auf Sie zutrifft:

- Herz- oder Kreislauferkrankungen
- Bluthochdruck
- Zuckerkrankheit (Diabetes)
- Schilddrüsenerkrankung
- Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts
- Autoimmunerkrankung
- Allergien/ Nahrungsmittelunverträglichkeiten, wenn ja welche _____
- Psychische Erkrankungen
- Keine bekannten Erkrankungen
- Sonstige: _____

3. Erkrankungen in der Familie

Sind bei nahen Verwandten (Eltern, Geschwister, Großeltern) folgende Erkrankungen bekannt?

- Herzinfarkt / Schlaganfall
- Diabetes
- Schilddrüsenerkrankungen
- Autoimmunerkrankungen
- Krebserkrankungen (welche?): _____
- Allergien
- Keine bekannten Erkrankungen

4. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

- Nein
 Ja, bitte eintragen: _____

5. Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel oder andere Präparate ein?

(z. B. Vitamine, Mineralstoffe, Omega-3, pflanzliche Präparate)

- Nein
 Ja, folgende: _____

6. Wie ernähren Sie sich überwiegend? Bitte kreuzen Sie an, was am typischsten auf Sie zutrifft (Mehrfachnennungen möglich):

- Gemischte Kost
 Vegetarisch
 Vegan
 Kohlenhydratarm
 Sonstiges: _____

Wie oft kochen Sie selbst frisch?

- Täglich oder fast täglich
 Mehrmals pro Woche
 Selten
 Nie

Wie häufig essen Sie verarbeitete oder stark verarbeitete Lebensmittel?

(z. B. Fertiggerichte, Fast Food, Wurstwaren, süße Snacks)

- Täglich
 Mehrmals pro Woche
 1–2× pro Woche
 Selten
 Nie

7. Gibt es noch etwas, das Sie uns mitteilen möchten?

(z. B. Beschwerden, persönliche Ziele, Fragen zur Labordiagnostik)

Ernährungsbogen:

Name: _____

Wie häufig essen oder trinken Sie folgende Lebensmittel?

Bitte kreuzen Sie an, was typischerweise zutrifft:

Lebensmittel / Getränke	täglich	3–4× / Woche	1–2× / Woche	3–4× / Monat
Brot / Backwaren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Welche Sorten?				

Gemüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Welche Sorten?				

Hülsenfrüchte (z. B. Linsen, Bohnen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kartoffeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nudeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fleisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurstwaren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Milchprodukte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nüsse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saaten (z. B. Leinsamen, Kürbiskerne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Welche? _____				
Öle / Fette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Süßigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wasser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Softdrinks / gesüßte Getränke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Art/Menge (z. B. Bier, Wein): _____				

Wie viel nicht-alkoholische Getränke trinken Sie durchschnittlich pro Tag?

_____ Liter

Dr. med. M. Jarosch
 Facharzt für Allgemeinmedizin
 Rettungsmedizin
 Reisemedizin

● Telefon: (0 44 08) 24 44
 Telefax: (0 44 08) 14 58

Dr. med. M. Decker
 Facharzt für Allgemeinmedizin
 Gesundheitsförderung und Prävention

e-mail:
 info@hausarztpraxis-an-der-weide.de
 www.04408-2444.de

M. Isermann
 Fachärztin für Innere Medizin

An der Weide 9 27798 Hude



Wann (Datum und Uhrzeit)	Wo (zu Hause, Kantine, Restaurant)	Was (genaue Beschreibung, z.B. Brot mit Gouda 40%)	Warum (Hunger, Appetit, Langeweile, Frust)	Symptome (Übelkeit, Bauchschmerzen, Blähbauch)	Stuhlgang (normal, Verstopfung, Durchfall)

Dr. med. M. Jarosch
 Facharzt für Allgemeinmedizin
 Rettungsmedizin
 Reisemedizin

● Telefon: (0 44 08) 24 44
 Telefax: (0 44 08) 14 58

Dr. med. M. Decker
 Facharzt für Allgemeinmedizin
 Gesundheitsförderung und Prävention

e-mail:
 info@hausarztpraxis-an-der-weide.de
 www.04408-2444.de

M. Isermann
 Fachärztin für Innere Medizin

An der Weide 9 27798 Hude



Wann (Datum und Uhrzeit)	Wo (zu Hause, Kantine, Restaurant)	Was (genaue Beschreibung, z.B. Brot mit Gouda 40%)	Warum (Hunger, Appetit, Langeweile, Frust)	Symptome (Übelkeit, Bauchschmerzen, Blähbauch)	Stuhlgang (normal, Verstopfung, Durchfall)

