

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 Wechseljahre	
• 1. Beratungstermin 20 Minuten (GOÄ 3 \$3,5-fache Steigerung , 5)	35€
• Weitere kurze Beratungen a 15 Minuten (GOÄ 3 \$2,8 facher Steigerung)	25€

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 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 –Wechseljahr-/Prämenopausen

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Datum: _____

Liebe Patientin,
um Ihre hormonelle Situation und Ihre Beschwerden ganzheitlich zu beurteilen und eine individuelle Behandlung zu planen helfen uns folgende Informationen weiter. Wir bitten sie daher den Fragebogen vorab schon auszufüllen und uns zu kommen zu lassen. **Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

Allgemeine Fragen

1. Seit wann bestehen Beschwerden, die Sie mit den Wechseljahren in Verbindung bringen?

< 6 Monate 6–12 Monate 1–3 Jahre > 3 Jahre

2. Wann war Ihre letzte Monatsblutung?

noch regelmäßig unregelmäßig seit ____ Jahren keine Blutung mehr

3. Haben Sie bereits hormonelle Behandlungen erhalten (z. B. Antibabypille, Hormontherapie)?

Ja Nein Wenn ja, welche und wann?

4. Bestehen aktuell andere Erkrankungen oder nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Ja Nein Falls ja, was und welche:

Lebensstilfaktoren

1. Ernährung:

ausgewogen vegetarisch vegan kohlenhydratarm unregelmäßig

2. Koffein- oder Alkoholkonsum:

kein gelegentlich regelmäßig (wie oft? _____)

3. Bewegung/Sport:

selten 1–2× pro Woche regelmäßig (3× oder mehr); Was? _____

4. Stressbelastung im Alltag:

gering mäßig stark

5. Schlafqualität:

erholsam wechselhaft schlecht

Familiäre und hormonelle Vorgeschichte

Frühere Wechseljahre bei Mutter oder Schwestern? Ja Nein Unbekannt

Schilddrüsenerkrankungen in der Familie? Ja Nein

Krebserkrankungen bei Ihnen oder in der Familie (v. a. Brust, Eierstöcke)? Ja Nein

Aktuelle Beschwerden

Bitte kreuzen Sie an, wie stark die folgenden Beschwerden derzeit bei Ihnen ausgeprägt sind:

Beschwerde	Keine (0)	Mäßig (1)	Stark (2)	Sehr stark (3)
Hitzewallungen, Schweißausbrüche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimmungsschwankungen oder Reizbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innere Unruhe, Nervosität oder depressive Verstimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentrationsstörungen oder Vergesslichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müdigkeit, Energiemangel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antriebslosigkeit / Motivationsverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Libidoverlust (sexuelles Desinteresse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trockenheit der Schleimhäute (z. B. Scheide, Augen, Haut)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewichtszunahme / veränderte Körperform (z.B. zunehmender Bauchumfang)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wassereinlagerungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spannungsgefühl in der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenk- oder Muskelschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklopfen / unregelmäßiger Puls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haarausfall oder vermehrte Körperbehaarung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ihr persönliches Ziel

Was wünschen Sie sich von dieser Wechseljahr-/Prämenopausen-Sprechstunde?

- Linderung meiner Beschwerden
- Abklärung des Hormonstatus (z.B. Progesteron, Östrogen)
- Beratung zu natürlichen / bioidentischen Hormonen
- Information zu Lebensstil- und Ernährungsempfehlungen
- Sonstiges:
