

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 30 Minuten (GOÄ 3 \$ 6,0 Steigerung + 5)	ca 63€
• 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	☐	☐	☐	☐
Schlafstörungen	☐	☐	☐	☐
Stimmungsschwankungen oder Reizbarkeit	☐	☐	☐	☐
Innere Unruhe, Nervosität oder depressive Verstimmung	☐	☐	☐	☐
Konzentrationsstörungen oder Vergesslichkeit	☐	☐	☐	☐
Müdigkeit, Energiemangel	☐	☐	☐	☐
Antriebslosigkeit / Motivationsverlust	☐	☐	☐	☐
Libidoverlust (sexuelles Desinteresse)	☐	☐	☐	☐
Trockenheit der Schleimhäute (z. B. Scheide, Augen, Haut)	☐	☐	☐	☐
Gewichtszunahme / veränderte Körperform (z.B. zunehmender Bauchumfang)	☐	☐	☐	☐
Wassereinlagerungen	☐	☐	☐	☐
Spannungsgefühl in der Brust	☐	☐	☐	☐
Gelenk- oder Muskelschmerzen	☐	☐	☐	☐
Herzklopfen / unregelmäßiger Puls	☐	☐	☐	☐
Haarausfall oder vermehrte Körperbehaarung	☐	☐	☐	☐

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:
