



## Anmeldung zur Spezialsprechstunde für bioidentische Hormontherapie

Sehr geehrte Patientin,

wir freuen uns, dass Sie sich für eine ganzheitliche Therapie mit bioidentischen Hormonen interessieren. Unser Hormonsystem ist essentiell für unsere Gesundheit und unser Wohlbefinden. Störungen in unserem Hormonhaushalt können sich empfindlich auf unsere körperlichen Funktionen und unser seelisches Gleichgewicht auswirken.

Um Ihnen einen Termin anbieten zu können, der Ihren individuellen Bedürfnissen gerecht wird, bitten wir Sie, den folgenden Bogen vollständig auszufüllen und per Post (Frauenpraxis Ostufer, Kirchenweg 2, 24143 Kiel) oder per Fax (0431-739113) an unsere Praxis zu senden. Unsere Arzthelferinnen werden Sie umgehend zwecks einer Terminplanung kontaktieren.

Wir freuen uns auf unser erstes Gespräch mit Ihnen!

Ihr Team von der Frauenpraxis Ostufer

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ Telefonnummer\*: \_\_\_\_\_

\* bitte geben Sie hier die Telefonnummer an, unter der wir Sie zur Terminvereinbarung erreichen können

### Anamnese

Welche Beschwerden bestehen bei Ihnen, die Sie mit einer bioidentischen Hormontherapie behandeln lassen möchten?

\_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel (z.B. Vitamine) ein?

\_\_\_\_\_

Welche Vorerkrankungen und Voroperationen sind bei Ihnen vorhanden?

\_\_\_\_\_

Wie häufig kommt Ihre Regelblutung? Welche Unregelmäßigkeiten der Regelblutung bestehen ggf.?

\_\_\_\_\_

### Hiermit gebe ich mein Einverständnis:

1. Ich wünsche eine ganzheitliche medizinische Beratung zur bioidentischen Hormontherapie, die nicht in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen fällt, so dass es sich um eine Selbstzahlerleistung handelt. Die Kosten belaufen sich für ein Erstgespräch auf 90,- €. Es erfolgt eine Rechnungsstellung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), ggf. mit analoger Bewertung, die nicht zwingend von Privaten Krankenkassen oder sonstigen Kostenträgern erstattet wird.
2. Erfolgt eine Terminabsage nicht bis zu 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin, bezahle ich ein Ausfallhonorar in Höhe von 45,- €, welches mir in Rechnung gestellt wird.
3. Nach §2 Abs.2 der GOÄ wird der Zahlungspflichtige ausdrücklich darauf hingewiesen, daß eine Erstattung des Rechnungsbetrages durch Krankenversicherung oder Beihilfe möglicherweise nicht oder nicht in vollem Umfang gewährleistet ist bzw. erfolgt. Dies berührt jedoch nicht die Zahlungspflicht gegenüber dem Arzt.

Datum

Unterschrift Patientin

**Bitte beachten Sie, dass eine Terminvereinbarung nur nach vollständigem Ausfüllen und Rücksendung dieses Bogens möglich ist.**