

Dr. med. Roland Mathan - Frauengesundheit Vallendar

Frauenarzt - Homöopath - Naturheilkunde - Mykotherapie

Naturidentische Hormontherapie - Vitamin D-Diagnostik und -Therapie

Ich freue mich, dass Sie den Weg in unsere homöopathisch-frauenärztliche Praxis gefunden haben. Damit ich Sie entsprechend Ihren Erwartungen beraten und behandeln kann, benötige ich noch einige Vorinformationen. Dazu bitte ich Sie, sich einige Minuten Zeit zu nehmen und - soweit als möglich - die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Meine Mitarbeiterinnen sind Ihnen gerne dabei behilflich. **Bitte beachten Sie die Erläuterungen zur bioidentischen Hormontherapie sowie zur Datenschutz-Grundverordnung und unterschreiben Sie die 2. Seite am Ende des Bogens als Behandlungsvereinbarung.**

Ihr *Dr. Roland Mathan* und das Praxisteam

Stand 08-18

Name, Vorname:		Beruf:	
Geburtsdatum:	Alter:	Familienstand:	
Adresse Straße, PLZ, Ort:		e-mail: Ohne Emailadresse können leider künftig i.d.R keine Briefe für Kontrolluntersuchungen oder für Befunde versendet werden	
Telefon privat:	dienstlich:	Mobil:	
Krankenkasse:	Falls privat versichert, Beihilfe: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Hausarzt:	Bisherige(r) Frauenarzt(ärztin):		
Körpergröße:	Körpergewicht:		
Haben Sie Allergien/Überempfindlichkeiten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wogegen?			
An welchen Krankheiten leiden oder litten Sie?			
Welche Operationen im Brust-, Bauch- oder Unterleibsbereich bei Ihnen vorgenommen? <input type="checkbox"/> keine Bitte ggf. Jahr und Art der Op angeben			
Bei wem und weswegen sind Sie in regelmäßiger ärztlicher Behandlung?			
Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?			
Welche Erkrankungen wie Krebs, Stoffwechselstörungen, Kreislauferkrankungen, Gemütskrankungen, Osteoporose o. ä. sind in Ihrer Familie, v. a. bei den Eltern, Großeltern, Geschwistern oder Kindern aufgetreten?			
Leiden Sie an Krampfadern? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Wenn ja, hatten Sie bereits einmal eine Thrombose? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Wann erhielten Sie in den letzten 10 Jahren welche Impfungen?			
Wann war Ihre letzte Krebsfrüherkennungsuntersuchung?			<input type="checkbox"/> bisher keine
Wann war bei Ihnen die letzte Mammographie?			<input type="checkbox"/> bisher keine
Wann war bei Ihnen die letzte Darmspiegelung?			<input type="checkbox"/> bisher keine
Wann war bei Ihnen die letzte Knochendichtemessung?			<input type="checkbox"/> bisher keine
Rauchen Sie? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, ca. wie viele Zig. am Tag?			
In welchem Alter trat Ihre erste Monatsblutung auf?		Mit	Jahren
Wann war aktuell Ihre letzte Monatsblutung? Am			

In welchen Zeitabständen tritt die Monatsblutung auf?	<input type="checkbox"/> regelmäßig alle	Tage
<input type="checkbox"/> unregelmäßig	zwischen	und
	Tagen	und dauert ca.
		Tage
Ist die Monatsblutung übermäßig stark?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	<input type="checkbox"/> zu Beginn	<input type="checkbox"/> durchgehend
Falls Ihre Monatsblutung bereits ausgeblieben ist, wie alt waren Sie zu diesem Zeitpunkt?		Jahre
Wie viele Schwangerschaften sind insgesamt bei Ihnen aufgetreten?		
Wie viele Kinder haben Sie geboren?		
Bitte Geburtsjahr, Geschlecht und Geburtsgewicht an		
Haben Sie während Ihrer Schwangerschaft/en gesundheitliche Probleme gehabt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Wenn ja, welche?		
Gab es bei der/den Geburt/en Komplikationen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Wenn ja, welche?		
Welche Schwangerschaftsverhütungsmethode wenden Ihr Partner und Sie aktuell an?		

Erlauben Sie mir noch einige zusätzliche Fragen - die Beantwortung steht Ihnen frei

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?	
Falls Sie Internet-Anwenderin sind, haben Sie schon die Praxis-Homepage gefunden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> entfällt
Was finden Sie gut oder schlecht daran?	
Sind Sie bereits einmal homöopathisch behandelt worden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie in Zukunft Interesse an homöopathischer Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist Ihnen bekannt, dass bestimmte gesetzliche Kassen Homöopathie bezahlen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist Ihnen das Thema Vitamin D-Mangel (Sonnenhormon) geläufig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie bisher Informationen zu bioidentischen Hormonen aus der Yamswurzel bekommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie schon einmal von Heilpilzen (Mykotherapie) und Einsatzmöglichkeiten gehört?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich erteile hiermit nach der Datenschutz-Grundverordnung v. 25.05.18 die ausdrückliche Erlaubnis, dass mir per Post oder Email Erinnerungen an Untersuchungen, Befunde, Geburtstagswünsche oder sonstige Nachrichten zugestellt werden dürfen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Vielen Dank für Ihre Mithilfe

Wichtig: Beratungen sowie Blutabnahmen als auch Laborleistungen zu naturidentischen Hormonen, zu Vitamin D-Diagnostik und -Therapie sowie bez. Mykotherapie werden im Rahmen der Praxisbehandlung nur privat (GOÄ) je nach Zeitaufwand abgerechnet und von Ihnen bar oder per Lastschrift beglichen bzw. vom Labor in Rechnung gestellt. Homöopathische Eigenkosten lassen sich gesetzlich Versicherten nur bei Teilnahme am Integrierten Versorgungsprogramm der gesetzlichen Krankenkassen vermeiden.

Bitte geben Sie Ihre Emailadresse an, sie wird definitiv von uns nicht weiter gegeben, angesichts der steigenden Portokosten können wir jedoch künftig Erinnerungen an Krebsfrüherkennungen, Spiralenkontrollen oder für sonstige Untersuchungen sowie Befundbriefe nur noch in Ausnahmefällen per Post, sondern nur noch als Email verschicken.

Ergänzend möchte ich Sie noch informieren, dass leider durch einen zugenommenen „Terminmissbrauch“ künftig nicht wahrgenommene und nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagte Termine (nachgewiesene Notfälle ausgenommen) mit 30 Euro oder privatärztlich Ziffer A31 nach GOÄ bzw. Homöopathieterminen nach Zeitaufwand (1/2 oder 1 Stunde) in Rechnung gestellt werden müssen.

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie diese Informationen gelesen und verstanden haben sowie mit diesen Regelungen für die geplante Behandlung einverstanden sind.
Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Unterschrift: _____