

Dr. med. Roland Mathan - Frauengesundheit Vallendar

Privatärztliche Frauenarztpraxis

Vitamin D-Diagnostik und -Therapie - Naturidentische Hormontherapie - Homöopathie

Mikronährstofftherapie - Naturheilkunde - Mykotherapie - Herzratenvariabilitätsmessung (HRV)

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 08-25

Name, Vorname:		Beruf:	
Geburtsdatum:	Alter:	Familienstand:	
Adresse mit Straße, PLZ und Ort:		e-mail: Ohne Emailadresse können leider künftig keine Nachrichten 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 oder Unverträglichkeiten? Wenn ja, wogegen?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
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	Monat/Jahr
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 geben 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?		
Haben Sie schon einmal unsere Praxis-Homepage besucht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Was finden Sie gut oder schlecht daran?		
Sind Sie bereits einmal homöopathisch behandelt worden?	<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. Ferner erkläre ich mich hiermit einverstanden, dass meine Daten für notwendige Untersuchungen bzw. Abrechnungen an das jeweilige Labor, die Pathologie bzw. ggf. an die private Abrechnungsstelle (PVS) weitergegeben werden.		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Vielen Dank für Ihre Mithilfe

Wichtig: Alle privaten gynäkologisch-medizinischen Leistungen bzw. Beratungen zu Hormonen, Vitamin D-Diagnostik und -Therapie sowie bez. Mikronährstofftherapie werden Ihnen als Rechnung über die Privatärztliche Verrechnungsstelle (PVS) zugestellt oder von Ihnen bar oder per Lastschrift hier in der Praxis beglichen, für Laborleistungen kommt die Rechnung direkt vom Labor

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 nicht mehr per Post, sondern nur noch als Email verschicken.

Ergänzend möchte ich Sie noch darüber informieren, dass nicht wahrgenommene und nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagte Termine mit der GOÄ-Ziffer A31 entsprechend 91,80€ in Rechnung gestellt werden müssen, da ich eine reine Bestellpraxis betreibe und der vereinbarte Termin ausschließlich für Sie reserviert ist.

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie diese Informationen gelesen und verstanden haben sowie mit diesen Regelungen für die geplante Behandlung einverstanden sind, da eine Behandlung in der privatärztlichen Frauenarztpraxis Dr. Mathan nur dann erfolgen kann.

Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Datum: _____ Unterschrift: _____