



Aufklärung für Patienten

Bei der Behandlung mit bioidentischen Hormonen

Sehr geehrte(r) _____,

in meiner Praxis kommen neben schulmedizinischen Diagnose- und Therapiemethoden auch eine Vielzahl von ganzheitlich ausgerichteten alternativen Untersuchungs- und Behandlungsverfahren zur Anwendung. Bei bestimmten Krankheiten oder Beschwerden, vor allem aber zur Vorbeugung von Erkrankungen und zum Erhalt von Gesundheit, sind weitaus mehr Methoden langjährig erprobt und sinnvoll, als bisher von den privaten und gesetzlichen Krankenversicherern als Standardbehandlung anerkannt worden sind. Nach der Interpretation Ihrer Hormonanalysen sowie der ausführlichen telemedizinischen Anamnese stellt sich heraus, dass bei Ihnen ein Mangel an Steroidhormonen vorliegt. Eine Therapie mit bioidentischen Hormonen kann Ihre Beschwerden zumindest teilweise verbessern oder sogar ganz beseitigen.

Denn neuesten wissenschaftlicher Erkenntnisse zufolge ist die Therapie mit synthetischen Hormonen leider mit einem erhöhten Risiko für bestimmte Erkrankungen verbunden. Bezüglich der Therapie mit bioidentischen Hormonen ist dieses Risiko in aktuellen Studien nicht wissenschaftlich bewiesen, kann aber auch nicht völlig ausgeschlossen, die Forschung auf diesem Gebiet läuft weiter. Erhöhtes Risiko für Krebs, Thrombose, Herzinfarkt, Schlaganfall usw. ist in der Regel nur gering hormonell bedingt, in Vergleich mit anderen Faktoren wie: Fettleibigkeit, Bewegungsmangel, schlechte Ernährung, Stress, Alkoholkonsum, Diabetes. Daher ist es notwendig, sich der herkömmlichen Vorsorgeuntersuchung zu unterziehen, die Ihnen die Chance gibt, Ihre Gesundheit bis ins hohe Alter zu erhalten.

Es ist außerdem notwendig, dass Sie vor und während der Behandlung mit bioidentischen Hormonen die jährliche Kontrolluntersuchung beim Gynäkologen / Urologen durchführen und sämtliche Checklisten/Anamnesebögen und Fragen der Praxis zu ggfls. Vorerkrankungen sorgfältig und gewissenhaft beantworten.

- *(für Frauen: Ich habe die gynäkologische Untersuchung Brust und Unterleib durchgeführt, und es liegt kein pathologisches Ergebnis vor. Ich wiederhole die gynäkologischen Untersuchungen einmal im Jahr und sende die Ergebnisse an die E-Mail-Adresse: wilden@hormonexperten.de*
- *für Männer: Ich habe die urologische Untersuchung durchgeführt, es liegt kein pathologisches Ergebnis vor. Die Ergebnisse der jährlichen Untersuchungen sende ich an die E-Mail-Adresse: wilden@hormonexperten.de*

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie diese Informationen gelesen und verstanden haben und dass Sie nach Beantwortung aller Fragen die bioidentische Hormontherapie wünschen.



Aufklärung für Patienten - Seite 2

Bei der Behandlung mit bioidentischen Hormonen

Zusätzliche Fragen/Anmerkungen/Besonderheiten

Patient*in: Vorname, Name _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____



Wirtschaftliche Aufklärung

(Honorar für ärztliche Tätigkeiten)

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

Sie haben sich entschlossen, besondere ärztliche Leistungen und/oder mit einem besonderen Aufwand in Anspruch zu nehmen. Um Ihnen die – unserer Auffassung nach – optimale Behandlung und Therapie zur Verfügung stellen zu können, möchten wir Sie daher vor Behandlungsbeginn über die in unserer Praxis geltenden Abrechnungsbedingungen in Kenntnis setzen:

Die Abrechnung der ärztlichen Tätigkeiten erfolgt nach den gesetzlichen Bestimmungen, der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Da die derzeit gültige GOÄ 1982 verfasst und zuletzt 1999 aktualisiert wurde, sind eine Reihe heute angewandeter Untersuchungen und Therapieverfahren in ihr nicht wörtlich aufgeführt. In diesen Fällen werden entsprechend § 6 (2) GOÄ auf Empfehlung der Bundesärztekammer die Gebührensätze analog angewandt, das heißt gleichwertige Leistungen unter einer Ziffer zusammengefasst.

Unter Berücksichtigung der Schwierigkeiten und des Zeitaufwandes werden die einzelnen Ziffern mit einem Faktor multipliziert (vgl. §§ 2 ff. GOÄ), vgl. Beispielberechnung:

Abweichende Vereinbarung nach § 2 Abs. 1 und 2 GOÄ: Abweichend vom Gebührenrahmen der Gebührenordnung (GOÄ) werden für die in Ihrem Behandlungsfall absehbar notwendigen Leistungen die folgend aufgeführten Steigerungssätze vereinbart.

| Geb.-Nr. | Leistungsbezeichnung | Faktor | Betrag € | Differenz zum 3,5fachen Faktor |
|----------|----------------------|--------|----------|--------------------------------|
| X | x | *5,0 | x € | x € |
| X | x | *7,0 | x € | x € |

* Beispielwerte, vgl. ggfls. Kostenvoranschlag nach individueller Vereinbarung



Wirtschaftliche Aufklärung - Seite 2

(Honorar für ärztliche Tätigkeiten)

Rechnungsadressat und Kostenschuldner ist stets Patient*in als Vertragspartner der Praxis.

Eine vollständige Kostenübernahme und Erstattung der vereinbarten Vergütung durch Erstattungsstellen oder Kostenträgern (Kassen oder sonstigen Dritten) ist möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet.

Patient*in ist bekannt, dass das nach obiger Vereinbarung (ggfls. nach beiliegendem Kostenvoranschlag) voraussichtlich entstehende, ärztliche Honorar aus geschlossenem Behandlungsvertrag mit der Praxis Dr. Wilden/Hormonexperten weder von der gesetzlichen oder privaten Krankenkasse bzw. -versicherung, etwaigen Zusatzversicherungen oder sonstigen Kostenträgern ggfls. vollständig erstattet werden wird.

Ebenso ist Patient*in bekannt, dass die von der Praxis Dr. Wilden/hormonexperten in Rechnung gestellten Kosten der ärztlichen Behandlung selbst getragen werden müssen.

Einwilligung Patient*in

Diese Hinweise habe ich vor Beginn der Behandlung zur Kenntnis genommen, nach ausreichender Information über den Inhalt bestehen keine weiteren Fragen. Mit der Untersuchung/Behandlung durch Praxis Dr. Wilden/hormonexperten, Behandlungszeitraum bis auf Widerruf sowie Liquidation (abweichende Vereinbarung nach § 2 GOÄ) bin ich einverstanden und wünsche die aus ärztlicher Sicht notwendigen Behandlungen und individuellen Gesundheitsleistungen.

Patient*in: Vorname, Name _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____



Aufklärung Terminvereinbarung

für die Durchführung einer medizinischen Videosprechstunde

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

Falls Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie um rechtzeitige Abmeldung bis mindestens 48 Stunden vorher; bei Terminausfall ohne rechtzeitige Absage - es sei denn, die Verzögerung der Absage ist unverschuldet - müssen wir Ihnen den Ausfallbetrag für den reservierten Zeitraum in Rechnung stellen, falls der Termin anderweitig nicht besetzt werden kann.

Patient*in: Vorname, Name

Unterschrift des Patienten:

Ort, Datum:



Einwilligungserklärung

für die Durchführung einer Videosprechstunde/Fernbehandlung

Ich, _____, geboren am: _____,

erkläre mich hiermit einverstanden, dass meine medizinische Beratung und Behandlung durch Dr. medic (IMF Bukarest) Isabella Wilden mittels einer Videosprechstunde durchgeführt wird.

Ich verstehe, dass die Videosprechstunde eine alternative Methode zur persönlichen Untersuchung darstellt und es in einigen Fällen notwendig sein kann, eine persönliche Untersuchung durchzuführen, um eine genaue Diagnose zu stellen.

Ich verstehe auch, dass während der Videosprechstunde meine persönlichen Daten, einschließlich meiner medizinischen Informationen, übertragen werden können. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass diese Daten während der Videosprechstunde übertragen werden.

Ich verstehe, dass ich das Recht habe, die Videosprechstunde jederzeit abzubrechen und ich das Recht habe, meine Einwilligung zur Durchführung der Videosprechstunde jederzeit zu widerrufen.

Ich bestätige, dass ich die Möglichkeit hatte, Fragen über diesen Verfahren zu stellen und meine Fragen für die Durchführung einer medizinischen Videosprechstunde vollständig beantwortet wurden.

Ich bestätige, dass ich diese Einwilligungserklärung gelesen und verstanden habe und dass ich damit einverstanden bin, dass meine medizinische Beratung und ärztliche Behandlung mittels Videosprechstunde/Fernbehandlung durchgeführt wird.

Unterschrift des Patienten:

Ort, Datum:
