

Patienten - Fragebogen

Komm Baby



Petra Michel
 Oeltingsallee 17 Pinneberg
 04101 - 369 68 24

Name _____	Geburtstag _____
Vorname _____	Tel. privat _____
Straße _____	Tel. Beruf _____
PLZ – Ort _____	FAX _____
E-Mail _____	Beruf _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Eine Bitte

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen **sorgfältig** aus. Er dient mir zur Findung möglicher Ursachen ihrer Erkrankung. Das Ausfüllen dieses Fragebogens ist selbstverständlich **freiwillig**. Sollten Sie Fragen nicht beantworten können oder wollen, so lassen Sie sie aus. Alle Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Bei den Beispielen genügt es zu **unterstreichen**, sofern diese zutreffen; ansonsten mit eigenen Worten ergänzen. Dafür ggf. ein Extra-Blatt beifügen. Bitte nehmen Sie sich **genügend Zeit**.

Was ist Ihr Wunsch an mich, was ist Ihr **Ziel** ?

.....

.....

Seit wann besteht Ihr Kinderwunsch?	
Haben Sie oder hat Ihr Partner bereits Kinder?	
Hatten Sie bereits Abtreibungen und/oder Fehlgeburten? Wenn ja, wann und wie oft?	

Welche Verhütungsmittel haben Sie wie lange angewendet? (Pille, Spirale etc)	
---	--

Wurden bei Ihnen bereits Operationen durchgeführt? Wenn ja wann und welche?	
Waren Sie bereits in reproduktionsmedizinischer Behandlung?	Ja Nein
Sind Sie derzeit noch in einer entsprechenden Behandlung?	Ja Nein
Wenn ja, welche Maßnahmen wurden wie oft durchgeführt, welche sind noch geplant?	

Welche diagnostischen Maßnahmen wurden durchgeführt? Besonderheiten.....	Blutwerte Hormonstatus Bauchspiegelung Ultraschall Postcoital-Test Spermiogramm Gynäkologische Untersuchung
Bestehen folgende Krankheiten? Sonstige	Allergien Autoimmunleiden z.B. Rheuma Erbkrankheiten
Bitte machen Sie noch ein paar Angaben zum Partner Anmerkungen zum Spermiogramm:	Raucher: ja nein Alter: Beruf: Gewicht/Körpergröße
Waren Sie schon einmal beim Heilpraktiker in Behandlung?	Ja nein, wenn ja weshalb

Laborbefunde

Sofern vorhanden, bringen Sie bitte Labor-/Untersuchungsbefunde mit

Hinweis

Die Angaben im Patientenfragebogen sind freiwillig und unterliegen selbstverständlich, wie auch alle anderen Angaben, der **Verschwiegenheit**. Mir ist bekannt, dass meine Angaben von Frau Michel gespeichert werden. Ich nehme darüber hinaus zur Kenntnis, dass ich die Möglichkeit habe, jederzeit den Widerruf gegen die Verarbeitung meiner Daten zu erklären. Im Falle des Widerrufs werden meine Daten von Petra Michel gelöscht. Es kann passieren, dass Daten die gesetzlich vorgeschrieben sind dieser Löschung nicht unterliegen. Ich bestätige, dass ich mündlich auf die Datenschutz-Grundverordnung hingewiesen wurde und jederzeit die Möglichkeit habe die ausführliche Datenschutzerklärung von Frau Petra Michel auf deren Homepage unter: www.invita-point.de nachlesen kann.

Ich bin ausdrücklich darüber informiert worden, dass die gesamten **Kosten** von einer **gesetzlichen Krankenkasse** in der Regel nicht übernommen werden und dass die Kosten von einer evtl. bestehenden **privaten Krankenkasse** und/oder der **Beihilfestelle** möglicherweise nur teilweise oder gar nicht übernommen werden.

Mir ist bekannt, dass ich die Therapie direkt gegenüber Frau Petra Michel zu begleichen habe, unabhängig von geleisteten oder nicht geleisteten **Erstattungen** durch Beihilfestellen oder private Krankenversicherungen.

Die **Rechnungsstellung** erfolgt entsprechend dem abzuschließenden Behandlungsvertrag, den wir im ersten Termin abschließen. Für eine **Erstberatung**, die keine weitere Behandlung nach sich zieht, wird ein Honorar in Höhe von **80,00 €** fällig.

Nicht/ nicht rechtzeitig (24 Stunden vorher – gerne auch per Mail/SMS) **abgesagte Termine** können mit dem geplanten/ angemessenen Zeitumfang in Rechnung gestellt werden.

**Bitte kontaktieren Sie mich zwecks Terminvereinbarung oder Informationen unter Telefon:
oder mail:**

Ort, Datum

Unterschrift
