



Dr. med.

SABINE EBERHARD

Hinweise zur ausschließlichen Fernbehandlung

§7 Abs. 4 Satz 3 MBO-Ä

„Eine ausschließliche Beratung oder Behandlung über Kommunikationsmedien ist im Einzelfall erlaubt, wenn dies ärztlich vertretbar ist und die erforderliche ärztliche Sorgfalt insbesondere durch die Art und Weise der Befunderhebung, Beratung, Behandlung sowie Dokumentation gewahrt wird und die Patientin oder der Patient auch über die Besonderheiten der ausschließlichen Beratung und Behandlung über Kommunikationsmedien aufgeklärt wird.“

Hiermit weise ich Sie ärztlicherseits darauf hin, dass eine ausschließliche Fernbehandlung keine persönliche Arztkonsultation in Bezug auf Untersuchung, Diagnostik und Diagnosestellung ersetzen kann. Eine ausschließliche Fernbehandlung wird so lange durchgeführt, wie sie ärztlich vertretbar ist. Sie wird beendet, wenn wesentlich abweichende Belastungen, Risiken oder Heilungschancen gegenüber der Behandlung im persönlichen Kontakt abzusehen sind.

- Hiermit versichere ich, dass ich über die oben genannten Sachverhalte aufgeklärt wurde und meine Entscheidung zur Nutzung einer ärztlichen Online-Konsultation aufgrund der beschriebenen Informationen getroffen habe.
- Zusätzlich habe ich die Datenschutzrichtlinien gelesen und bin einverstanden.

Vor-und Zuname:

Anschrift:

Ort/Datum:

Unterschrift Patient/in



Dr. med.

SABINE EBERHARD

Behandlungsvertrag zwischen Privatpraxis Dr. med. Sabine Eberhard und

Patient/in

wird folgende Vereinbarung getroffen:

Die Berechnung von Beratungen und Behandlungen erfolgt auch bei der Fernbehandlung auf der Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Ärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, können laut §6 (2) GOÄ entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnet werden (Analogziffern).

Ich biete unter anderem auch Diagnose- und Therapie-Verfahren an, die von der „Schulmedizin“ nicht anerkannt sind. Darüber kläre ich umfassend auf. Ein Heilversprechen ist damit nicht verbunden.

Eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen ist möglicherweise nicht oder nicht in vollem Umfang gewährleistet. Die Forderungen müssen vom Patienten auch dann voll bezahlt werden, wenn eine Erstattung der Vergütung durch die Erstattungsstellen nicht oder nicht in vollem Umfang erfolgt. Gesetzlich versicherte Patienten haben keinerlei Anspruch auf eine Kostenübernahme durch ihre Krankenkasse.

Es handelt sich ausschließlich um eine privatärztliche Leistung auf Verlangen. Sämtliche Ansprüche und Forderungen, die sich aus diesem Behandlungsvertrag ergeben, werden seitens des Patienten, soweit sie nicht dem gesetzlichen Forderungsübergang unterliegen, nicht an Dritte abgetreten oder verpfändet.

Die Rechnung wird im Anschluss an die Behandlung per Email zugesendet und ist innerhalb von 14 Tagen zu begleichen.

Die Inanspruchnahme der Fernberatung ersetzt nicht die Untersuchung, Befundung und Therapie beim Arzt (siehe Formular: Hinweise zur ausschließlichen Fernberatung).

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden oder eine Lücke enthalten, so bleiben die übrigen Bestimmungen hiervon unberührt.

Ort/Datum:

Unterschrift des Patienten:

Unterschrift der Ärztin:



Dr. med.

SABINE EBERHARD

Titel:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>	Name:	<input type="text"/>		
Geb'datum	<input type="text"/>	Email	<input type="text"/>				
PLZ:	<input type="text"/>	Wohnort:	<input type="text"/>				
Strasse:	<input type="text"/>			Hausnr.:	<input type="text"/>		
Telefon:	<input type="text"/>			Mobil:	<input type="text"/>		
Krankenversicherung:	<input type="text"/>			PKV:	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein		
Gewicht:	<input type="text"/>	kg	Größe:	<input type="text"/>	cm	Kinder:	<input type="text"/>
Beruf:	<input type="text"/>			Fam'stand:	<input type="text"/>		
Regel	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Seit wann nicht mehr?			<input type="text"/>		

Um die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand individuell anzupassen, erbitte ich folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen!

Wünschen Sie eine naturheilkundliche Behandlung? Ja Nein

Ihr behandelnder Arzt/ Hausarzt /Heilpraktiker ist:

Ihre Hauptbeschwerden sind:

- | | | | | | |
|--|--|------------------------------------|---|------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Herz | <input type="checkbox"/> Kreislauf | <input type="checkbox"/> Magen | <input type="checkbox"/> Darm | <input type="checkbox"/> Lunge | <input type="checkbox"/> Niere |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüse | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Gelenke | <input type="checkbox"/> Rücken | <input type="checkbox"/> Haut |
| <input type="checkbox"/> Nervenerkr. | <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Infektanfällig | <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Psyche |
| <input type="checkbox"/> Unverträglichkeiten | <input type="checkbox"/> Andere Erkrankungen | | | | |

Bekannte Allergien gegen:

Rauchen Sie? Ja Nein Fühlen Sie sich vermehrt unter Stress? Ja Nein

Gewichtszunahme in den letzten 12 Monaten? 5 kg 10 kg 15 kg mehr

Infektionen: Hepatitis Tbc Aids

Haben Sie eine Blutgerinnungsstörung? Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente/ Vitamine/ Nahrungsergänzungen ein? Ja Nein

Wenn ja, welche?

(Bitte listen Sie alles auf, was Sie einnehmen und nutzen Sie ggf. die Rückseite. Vielen Dank!)



Dr. med.

SABINE EBERHARD

Vorname: Zuname: Geburtsdatum: Datum:

	Nie (0)	Selten (1)	Häufig (2)	Stark (3)
Ich leide unter Gelenk-und/oder Rückenschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich leide unter Kopfschmerzen/ Migräne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mein Schlaf ist gestört	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich schwitze auch ohne körperliche Belastung tagsüber und/oder nachts	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich beobachte eine fortschreitende Gewichtszunahme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich muss nachts Wasser lassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich leide unter Trockenheit von Haut/ Schleimhäuten (Augen/ Scheide)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich leide unter Luftnot bei körperlicher Belastung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Herzstolpern und Herzrasen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich beobachte einen zunehmenden Haarausfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine sexuelle Lust nimmt ab	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Lebensenergie lässt nach	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Merkfähigkeit/ Konzentration lässt nach	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Anfälle von Traurigkeit/ Weinerlichkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe das Gefühl, weniger wert zu sein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich drücke mich zunehmend vor Verantwortung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin meines Lebens überdrüssig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SCORE (Gesamtpunktzahl)				

Auswertung:

1-17 Punkte: *Noch keine sicheren Wechseljahresbeschwerden. Behandlung als Prophylaxe empfohlen.*

18-34 Punkte: *Eine Behandlung sollte erfolgen.*

über 34 Punkte: *Dringende Behandlungsbedürftigkeit.*

Falls möglich, bitte am Computer ausfüllen und per Email zurückschicken! Vielen Dank!





Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Vorname: Name Geb.:

(Bitte entsprechend ergänzen/ unterschreiben)

Nach Auswertung Ihrer Angaben, der Hormonanalysen und der Beurteilung Ihres Beschwerdeboogens besteht bei Ihnen ein Mangel an Sexualhormonen. Insofern ist damit zu rechnen, daß für Sie eine Therapie mit natürlichen human- identischen Sexualhormonen vorteilhaft sein kann – und daß durch die Behandlung zumindest ein Teil Ihrer Symptome gebessert werden kann oder Ihre Beschwerden komplett zurückgehen.

Nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen ist bei einer Behandlung mit synthetischen oder semi-synthetischen Industrie-Hormonen leider mit einem erhöhten Risiko für bestimmte Krankheiten zu rechnen.

Bei der Anwendung von natürlichen human- identischen Hormonen wurde eine Risikoerhöhung bisher nicht nachgewiesen. Damit ist aber noch nicht bewiesen, daß es nicht doch zu einer Risikoerhöhung kommen könnte! Dies bleibt entsprechenden wissenschaftlichen Studien vorbehalten.

Auch wir können Ihnen also nicht ewige Jugend und ewige Gesundheit oder Unsterblichkeit garantieren – oder gar den Alterskrebs besiegen!

Es ist daher notwendig, daß Sie weiterhin Ihre (Krebs-) Vorsorgeuntersuchungen durchführen lassen. Auch in einer Früherkennung von Krankheiten liegt eine Chance für die bessere Altersgesundheit.

Deshalb ist es erforderlich, daß Sie vor Beginn der Behandlung mit naturidentischen Hormonen eine urologische/ bzw. gynäkologische Kontroll-/ Krebs- Vorsorgeuntersuchung machen lassen.

Bestätigen Sie bitte mit Ihrer Unterschrift, dass sie diese Information gelesen und verstanden haben und daß Sie die Behandlung mit natürlichen human- identischen Hormonen (natürliche Hormon- Ergänzungstherapie) wünschen.

(bitte ankreuzen) Für Männer: Ich habe eine urologische Krebs- Vorsorgeuntersuchung machen lassen (nicht älter als ein Jahr). Dabei ergab sich kein krankhafter Befund. Untersuchungsergebnis bitte in Kopie mitbringen und einmal jährlich erneuern.

(bitte ankreuzen) Für Frauen: Ich habe eine gynäkologische Krebs- Vorsorgeuntersuchung (für Brust und Unterleib) machen lassen (nicht älter als 3 Monate). Dabei ergab sich kein krankhafter Befund. Untersuchungsergebnis bitte in Kopie mitbringen und einmal jährlich erneuern.

Ort:..... Datum

Unterschrift



Dr. med.

SABINE EBERHARD

Information für unsere Patienten

Ausfallhonorar

Sehr geehrte Damen und Herren,

bitte beachten Sie, dass nicht wahrgenommene Termine von der Krankenkasse nicht übernommen werden. In meiner Praxis besteht keine Möglichkeit, den ausgefallenen Termin kurzfristig mit wartenden Patienten der Sprechstunde zu füllen.

Unangekündigtes Nichterscheinen bei fest gebuchten Terminen schadet deshalb auch Ihnen als Patientin, da es die schnelle, kurzfristige Terminvergabe deutlich erschwert.

Wir bitten Sie daher, Terminabsagen mindestens zwei Praxisöffnungstage (Mo-Fr) im Voraus entweder schriftlich (E Mail: team@privatpraxis-eberhard.de) oder telefonisch (0721-92094780) mitzuteilen.

Andernfalls sind wir berechtigt, Ihnen ein Ausfallhonorar in Höhe von 250,35 EUR (bei Ausfall Erstgespräch 60 Min.) bzw. in Höhe von 125,32 EUR (bei Ausfall Folgegespräch 30 Min.) bzw. in Höhe von 64,10 EUR (bei Ausfall Folgegespräch 15 Min.) privat in Rechnung zu stellen (Rechtsprechung nach §615 BGB). Das Ausfallhonorar wird sofort fällig.

Datum, Unterschrift

Mit freundlichen Grüßen

Ihre
Privatpraxis Dr. Sabine Eberhard



Dr. med.

SABINE EBERHARD

Wichtiger Hinweis zum Thema Nahrungsergänzungsmittel

Sie haben von uns einen Therapieplan erhalten, sind sich aber unsicher, welche Produkte Sie kaufen sollen?

Das deutsche Berufsrecht für Ärzte verbietet Empfehlungen für spezielle Produkte herauszugeben, sofern die Patienten hierzu nicht ausdrücklich den Wunsch äußern. Dies kann leider den Therapieerfolg zum Teil erheblich beeinträchtigen, da es enorme Qualitätsunterschiede bei den einzelnen Produkten gibt.

Wenn Sie zu Ihrem Therapieplan Empfehlungen erhalten möchten, bestätigen Sie dies bitte mit Ihrer Unterschrift.

Bitte schicken Sie uns diesen Vordruck ausgefüllt und unterschrieben zurück an:
team@privatpraxis-eberhard.de

Mit freundlichen Grüßen

Ihre
Privatpraxis Dr. Sabine Eberhard

Hiermit erkläre ich ausdrücklich, dass ich im Rahmen meiner Behandlung eine ärztliche Empfehlung für geeignete Nahrungsergänzungsmittel erhalten möchte.

Name:

Vorname:

Strasse/Nr.

PLZ/Ort:

Datum, Unterschrift