



Anamnese-Fragebogen zur Abklärung und Therapie eines Eisenmangels

Ihnen wurden Eiseninfusionen empfohlen oder Sie erhoffen sich eine Besserung Ihrer Beschwerden durch Eiseninfusionen.

Wir möchten Ihnen daher gerne einen **Kurztermin** in unserer Praxis ermöglichen, um dieses Anliegen genauer abzuklären.

Bitte füllen Sie den Fragebogen möglichst genau aus und senden ihn vorab zu.

Der ausgefüllte Bogen ist Voraussetzung für die Terminvergabe.

Sie können ihn per Post oder auch als Scan per E-Mail zusenden.

Der Inhalt des Fragebogens wird absolut vertraulich behandelt.

Bitte beachten Sie, dass es sich in der Kürze der Zeit **ausschließlich um die Behandlung eines Eisenmangels und die Abklärung der Notwendigkeit sowie möglicher Kontraindikationen zu Eiseninfusionen handeln wird.** Allerdings finden Sie hier Fragen, deren Sinn sich Ihnen vielleicht nicht erschließt, aber ein Eisenmangel kann sowohl akute und als auch chronische Ursachen haben, die man aufmerksam betrachten muss.

Sollte der **Eisenmangel bereits fachkundig diagnostiziert** worden sein, bringen Sie bitte die entsprechenden **Laborwerte** mit.

Für eine **ganzheitliche Erstanamnese sind gesonderte Termine notwendig.** Bitte vereinbaren Sie bei Interesse hierfür zeitnah einen Termin, da diese bereits Monate im Voraus ausgebucht sind.

Vorname _____ Nachname _____

Strasse/ Hausnr. _____

PLZ / Ort _____ Telefon _____

Geburtstag _____ Beruf _____

E-Mail-Adresse: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg Blutgruppe: _____

Für Laborleistungen:

Ich bin gesetzlich versichert* = Selbstzahler Ich habe eine Private Krankenversicherung*

(*Ihre Angabe „gesetzlich“ oder „privat“ dient ausschließlich der Angabe auf den **Auftragsscheinen** für **Laboruntersuchungen**, da Labore je nach Versicherungsstatus mit unterschiedlichen Sätzen abrechnen.)



HAUSARZT/-ÄRZTN:

Ich bin zusätzlich in Behandlung bei einem/r **HEILPRAKTIKER/IN:**

Weswegen möchten Sie eine Eisen-Infusion?

Empfohlen vom Hausarzt / anderem Arzt:

Ja Nein

Empfohlen von/m Heilpraktiker/in

Ja Nein

Ich habe bereits Eiseninfusionen erhalten und gut vertragen Ja Nein

Aufgrund folgender gesundheitlicher Beschwerden erwarte ich Besserung durch die Eiseninfusionen:

_____ Seit: _____

_____ Seit: _____

_____ Seit: _____

_____ Seit: _____

Sind **VORERKRANKUNGEN** bekannt?

Hatten Sie mal eine **CHEMO-oder/ und STRAHLENTHERAPIE?**

Wann:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
--------------	--------------------------------------	------------------------------------



Nehmen Sie **NAHRUNGSERGÄNZUNGSMITTEL** ein?

Eisen: welches Präparat über welchen Zeitraum	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Lactoferrin (oder L'ferrin)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Vitamin D _____ IE / Tag	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Vitamin K2	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Vitamin B – welche:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Mineralstoffe Zink Selen Magnesium Weitere:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Aminosäuren	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Probiotika	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

Welche **MEDIKAMENTE** nehmen Sie ein?

Keine

ALLGEMEIN und KOPF bis FUSS

Ich bin öfter erkältet _____ mal im Jahr	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ich bekomme schon mal Fieber	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Auch wenn ich mich krank fühle, bekomme ich kein Fieber	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ich bin müde und erschöpft Wenn ja, seit wann?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ich hatte einen Blutverlust durch Operation / Verletzung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Meine weißen Blutkörperchen waren schon immer niedrig	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Mein Eisenwert war <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> seit Jahren niedrig	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
In meiner Familie ist eine Eisenspeicher-Krankheit bekannt	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ich habe oft <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen oder sogar <input type="checkbox"/> Migräne	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ich war schon immer auch ohne Training sehr gelenkig	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ich treibe regelmäßig Sport	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ich schwitze nachts so stark, dass ich mich umziehe	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ich friere schnell	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Mir ist immer zu warm	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ich habe Schlafstörungen : <input type="checkbox"/> einzuschlafen <input type="checkbox"/> durchzuschlafen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ich habe in letzter Zeit _____ kg Gewicht verloren (ohne Diät)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ich habe in letzter Zeit _____ kg Gewicht zugenommen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ich habe das Gefühl, dass ich mehr zunehme, als ich esse	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ich kann essen, so viel ich will, ich kann kaum zunehmen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja



Ich lebe nach bestimmten Ernährungsrichtlinien	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Wenn ja, vegetarisch <input type="checkbox"/> Vegan <input type="checkbox"/> Milchprodukte , keine / sehr wenige <input type="checkbox"/> Glutenfrei <input type="checkbox"/> Andere:		
Ich esse viel Fisch oder Sushi (mind. 1 x / Woche)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ich habe / vermute Nahrungsmittelunverträglichkeiten	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Wenn ja, Reaktionen auf <input type="checkbox"/> Laktose <input type="checkbox"/> Fruktose <input type="checkbox"/> Milch (produkte) <input type="checkbox"/> Gluten <input type="checkbox"/> Histamin <input type="checkbox"/> Eier <input type="checkbox"/> Fettes Anderes:		
Ich esse oft Zwischenmahlzeiten	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ich habe eigentlich ständig Appetit	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ich habe Heißhungerattacken	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ich habe sogar nachts Hunger	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ich habe oft Verlangen nach etwas Süßem	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Nach dem Essen bin ich oft sehr müde	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ich trinke täglich ca. _____ Liter. Was: Auf diese Lebensmittel kann/möchte ich nur schwer verzichten:		
Ich vertrage kaum Alkohol	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Rotwein oder <input type="checkbox"/> Weißwein vertrage ich nicht	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Mir läuft beim Essen oft die Nase	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ich habe Heuschnupfen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Insektenstiche werden bei mir richtig große Schwellungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ich habe eine Wespenstich-Allergie	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ich habe Nesselsucht (Urtikaria)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ich hatte schon mal einen allergischen Schock	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ich habe eine Allergie auf Tierhaare : Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ich habe eine Betäubung (Zahnarzt)/ Narkose schlecht vertragen. Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Auf Medikamente habe ich schon empfindlich / mit stärkeren Nebenwirkungen reagiert . Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ich habe eine Medikamenten-Allergie gegen:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Salicylate (Aspirin)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Penicillin	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Andere:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Auf Gerüche reagiere ich mit Kopfschmerzen, Übelkeit und / oder Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ich halte mich in Räumen mit neuen Möbeln / Teppichen auf oder die frisch gestrichen sind	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ich habe viel Kontakt mit		
Reinigungsmitteln	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Holzschutz-, Insektenvernichtungs-, und / oder Pflanzenschutzmitteln	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja



nicht biologischen Körperpflegemitteln / Haarsprays / Haarfärbemitteln / Nagellacken	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
neuer Kleidung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Abgasen, Benzin, Motoröl, Autoreifen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Lacken, Farben	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Andere:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ich rauche _____ Zigaretten/ Tag	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ich habe früher geraucht	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ich habe Zysten	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ich habe Lipome und/oder Fibrome (gutartige Hautknoten)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Bei mir wurde Gefäßverkalkung festgestellt	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ich habe Aufstoßen oder Sodbrennen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Mein Darm macht oft laute Geräusche	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ich habe nach dem Essen einen geblähten Bauch	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ich habe eher Durchfall	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ich habe eher Verstopfung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Mein Stuhl ist je nachdem, was ich esse, unterschiedlich	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Manchmal habe ich sehr starken Stuhldrang	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Teilweise ist der Stuhl schleimig / Schleimauflagerungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ich habe ein Haustier:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ich habe Tier aus dem Tierschutz adoptiert	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ich habe <input type="checkbox"/> / hatte <input type="checkbox"/> regelmäßigen Kontakt zu nachfolgenden Tieren	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Wenn ja, mit <input type="checkbox"/> Pferden <input type="checkbox"/> Schweinen <input type="checkbox"/> Kühen <input type="checkbox"/> Schafen <input type="checkbox"/> Vögeln <input type="checkbox"/> Katzen <input type="checkbox"/> Hunden <input type="checkbox"/> Nagetieren Andere:		
Ich war oft auf einem Bauern- / Reiterhof	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ich war schon mal in Asien, Afrika, Südamerika	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Wenn ja, wann und wo?		
Ich hatte im Ausland oder danach Fieber oder Durchfall?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ich hatte im Ausland Insekten- oder Stiche anderer Tiere	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Wenn ja, wann was?		
Mein Haut reagiert empfindlich auf Kosmetika	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Mein Haut reagiert auf bestimmte Nahrungsmittel	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Mein Haut ist sehr trocken / rissig	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ich habe oft entzündete Pickel	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ich habe Haarausfall	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Meine Haare sind trocken / spröde	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Meine Nägel splintern leicht oder brechen ab	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ich neige zu Nasenbluten	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja



Ich neige zu blauen Flecken	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Meine Wunden heilen schlecht	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Manchmal sieht mein Augenweiß gelblicher aus	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ich bin oft gereizt , aber ich beherrsche mich sehr	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ich fahre schnell aus der Haut bzw. werde schnell wütend	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
meine Stimmung ist oft wechselhaft („himmelhochjauchzend, zu Tode betrübt“)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ich weine manchmal fast grundlos	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ich habe eigentlich immer gute Laune	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Bei Ärger kreisen meine Gedanken lange darum	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ich mache mir häufig Sorgen um andere	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ich bin schnell gestresst bzw. wenig belastbar	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ich verschiebe oft Dinge, die ich ungern tue oder muss mich sehr aufraffen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Oft gehe ich von einem Raum zum anderen und weiß nicht mehr, was ich wollte	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ich muss mir am Besten alles notieren	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ich bin tagsüber viel Funkbelastung ausgesetzt	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ich telefoniere viel mit dem Handy	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Bei Handytelefonaten halte ich es meist am Ohr	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

<u>FRAUEN:</u> Meine Regelblutung ist sehr stark	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>FRAUEN:</u> Ich habe eine Endometriose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INFEKTIONSKRANKHEITEN Durchgemacht oder auch wiederkehrend

<input type="checkbox"/> Abszesse <input type="checkbox"/> Streptokokken <input type="checkbox"/> Staphylokokken	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Salmonellose <input type="checkbox"/> andere Durchfallerkrankung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Borreliose <input type="checkbox"/> Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Meningitis (Hirnhautentzündung)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Masern <input type="checkbox"/> Mumps <input type="checkbox"/> Röteln <input type="checkbox"/> Windpocken	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Keuchhusten <input type="checkbox"/> Scharlach <input type="checkbox"/> Kinderlähmung / Polio		
HIV	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Pfeiffersches Drüsenfieber (= Epstein Barr / EBV / Mononukleose / „Kissing Disease“)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Lippen-Herpes <input type="checkbox"/> Genital-Herpes	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Gürtelrose (= Herpes zoster)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
HPV (= Papilloma-Virus/Genitalwarzen)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Würmer	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Tropenkrankheiten: <input type="checkbox"/> Dengue- oder <input type="checkbox"/> Gelbfieber <input type="checkbox"/> Malaria	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

IMPFUNGEN:

Jeweils Monat / Jahr

			1.	2.	3.	4.	5.	6.
--	--	--	----	----	----	----	----	----



MMR Masern, Mumps, Röteln	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja							
Gelbfieber	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja							
HPV (Gebärmutterhalskrebs-Impfung)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja							
Grippe	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja							
Pneumokokken	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja							
Gürtelrose	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja							
COVID-19:									
Biontech	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja							
Moderna	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja							
Astra Zeneca	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja							
Johnson & Johnson	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja							
	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja							

REAKTIONEN auf IMPFUNGEN:

Rötung / Schwellung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Fieber	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Krämpfe	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Müdigkeit / Erschöpfung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Schlaflosigkeit	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Unruhe	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Verhaltensveränderungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Gemütsveränderungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Andere:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

AKTUELL: Wie **belastbar** und **leistungsfähig** fühlen Sie sich auf einer Skala von **1 bis 10?** (1 = elend müde und erschöpft bis 10 = sehr gut)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

FRÜHER: Wann hatten Sie zuletzt Ihre **volle Leistungsfähigkeit**?

Wenn Sie **Vorbefunde** haben, bringen Sie diese bitte mit.



Die Erstellung der Rechnung erfolgt nach den Richtlinien der **Gebührenordnung für Ärzte** (= „GOÄ“) in der Fassung vom 01.01.1996 (nachzulesen z.B. www.e-bis.de).

Gleichgültig, ob Sie gesetzlich oder privat versichert sind, schließen wir stets einen Vertrag mit **Ihnen** ab, die Behandlung und die Gebühren sind unabhängig von Ihrem Versicherungsstatus.

Gesetzliche Krankenkassen sind in keinem Fall bereit, Kosten zu übernehmen.

Daher werden nicht-Privatversicherte als sogenannte **Selbstzahler** geführt und müssen in jedem Fall alle Kosten selbst tragen.

Auch bei **privat Versicherten** rechnen wir direkt mit Ihnen ab, möchten aber darauf hinweisen, dass **Versicherungen ihre eigene Auffassung von der medizinischen Notwendigkeit einer Infusionstherapie haben** und nach dem **von Ihnen abgeschlossenem Vertrag** bei den privaten Kassen **erstattungsfähig** sind.

Wir rechnen die **Infusionen** und kurzen **Gespräche** je nach Aufwand mit Sätzen bis zum 3,49-fachen Satz ab. Auch telefonische Beratungen oder Fragen per **E-Mail** sind kostenpflichtig. Die genauen Kosten können variieren.

Zur groben Einschätzung führen wir Ihnen die wichtigsten Kosten auf:

Befundbesprechungen, Auswertungen:

Als Ärztin bin ich verpflichtet, Sie vor den Infusionen aufzunehmen, Ihre Laborbefunde auszuwerten und Ihnen die Ergebnisse mitzuteilen. Die Kosten können individuell nach Aufwand abweichen. Die Sprechzeiten mit mir müssen aufgrund der Kurzfristigkeit Ihrer Termine kurzgehalten werden. Eine ausführliche Besprechung und Diagnostik im Rahmen der ganzheitlichen Behandlung (siehe auch unter „Termine zur ganzheitlichen Erstaufnahme“) haben in der Regel eine Vorlaufzeit von mehreren Monaten.

- **Erstgespräch, ca. 10 bis 15 min,**

plus **einfache symptombezogene Untersuchung ca. 50 €**

- **Auswertung und kurze Besprechung von Laborparametern, ca. 10 bis 15 min: ca. 30 €**

- **Blutentnahme einfach**, plus Material **ca. 10 €**

Labor-Diagnostik: Die Diagnostik wird durch eine Blutentnahme **vor und 2 Wochen nach** den Eiseninfusionen durchgeführt oder Sie bringen sie mit.

Laborwerte (Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und ggf. über Ihre Hausärztin / Hausarzt zu bestimmen)	Bringe ich mit	Kosten ** €
Großes Blutbild (rote und weiße Blutkörperchen, nach Typ absolut und %-tual ausdifferenziert)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	4,67
Retikulozyten (Vorstufen der roten Blutkörperchen)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	4,08
CRP (allgemeiner Entzündungswert, beeinflusst die Aussagekraft des Ferritins)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	11,66
Ferritin (Eisenspeicherwert)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	14,57
freies Eisen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	2,33
Transferrin (Eisentransportprotein)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	8,16
Transferrinsättigung (Eisentransportkapazität)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	5,83



Nachfolgende Parameter sind keine Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung		
Vitamin B12 bioaktiv	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	14,57
Holotranscobalamin (=HTC) (Vitamin B12 Speicherform)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	18,65
Folsäure bioaktiv (nur bei Speziallaboren! Und dann steht „bioaktiv“ immer dabei)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	33,22

***Beträge entsprechen den Kosten für Selbstzahler (1,0-facher Satz);*

Privatversicherten wird vom Labor meist der 1,15-fache Satz in Rechnung gestellt, daher geben Sie bitte vor der Blutabnahme an, ob Sie Ihre Rechnung bei Ihrer privaten Krankenversicherung einreichen wollen. Die konkreten Kosten werden Ihnen vor der Blutabnahme mit dem Anforderungsschein an das Labor zur Unterschrift vorgelegt. Die Rechnungslegung hierzu erfolgt unabhängig von uns durch das Labor

Infusionskosten:

Es werden 1 bis 3 Termine zur Eiseninfusion angesetzt, jeweils eine pro Woche, in Ausnahmefällen auch 2 / Woche.

Bei Eiseninfusionen ist es mir sehr wichtig deutlich zu machen, dass insbesondere hier **nicht** gilt: „Viel hilft viel“! Das Präparat, das wir bevorzugen, ist **Ferinject**. Es ist teurer als Ferrlecit, aber qualitativ hochwertiger, besser verträglich und es können in kürzerer Zeit höhere Mengen verabreicht werden. Die Ampullenkosten reichen wir stets 1:1 durch. Falls Sie eine Infusion mit Ferrinject von Ihrer Hausärztin/ Ihrem Hausarzt verordnet bekommen haben, bringen Sie die Ampullen bitte in der Originalpackung mit.

Infusion mit Ferinject ca. 111 €, mit Ferrlecit bei mitgebrachten Ampullen ca. 80 €.

Hiermit klären wir Sie darüber auf, dass wir im Rahmen Ihrer Behandlung die erbrachten Leistungen nach der GOÄ bis zum 3,49-fachen Satz berechnen.

Laborkosten werden nicht von uns, sondern separat vom Labor in Rechnung gestellt. Bitte beachten Sie, dass wir gem. § 630e BGB verpflichtet sind, die durch unsere Praxis erhobenen Befunde mit Ihnen zu besprechen. Bringen Sie diese mit, ist es nicht notwendig, weil diese schon durch die/den erhebende(n)-Ärztin/ Arzt erklärt worden sein müssen. Falls Sie einen **Termin nicht wahrnehmen** können, bitten wir Sie, **spätestens 24 Stunden im Voraus den Termin abzusagen** – im Falle einer zu kurzfristigen Absage müssen wir den Termin trotzdem abrechnen.

Wir möchten Sie noch einmal darauf aufmerksam machen, dass wir ausschließlich privatärztlich arbeiten, weil zahlreiche von meiner Praxis angebotenen Leistungen nicht im gesetzlichen Krankenversicherungssystem vorgesehen sind. Alle Patienten sind unabhängig vom Versicherungsstatus willkommen, aber gesetzliche Versicherungen übernehmen keine unserer Leistungen.

Wir freuen uns, Sie auf Ihrem Weg zu besserer Gesundheit zu begleiten und danken für Ihr Vertrauen.

Datum: _____ Unterschrift: _____

<i>Feld für ärztliche Notizen – bitte leer lassen</i>				
Termin am: _____	Mitschrift:	AB	KR	GS MS

_____ Zeichen _____				