



HAUTE ESTHETIQUE®
PRIVATPRAXIS FÜR DERMATOLOGIE & ÄSTHETIK

Hermisdorfer Straße 16
01159 Dresden
Tel.: 0351 4241840
Fax : 0351 424184106

Mail: praxis@haute-esthetique.de

Web: www.haute-esthetique.de

ANMELDEBOGEN

Haarsprechstunde

Allgemeiner Teil

Herzlich willkommen bei HAUTE ESTHETIQUE® - Ihre Privatpraxis für Dermatologie & Ästhetik

Unser Praxisteam möchte Ihnen den Aufenthalt bei uns so angenehm wie möglich gestalten. Zur Anlage Ihrer elektronischen Patientenakte und im Interesse einer komplikationslosen Behandlung sowie eines besseren Zeitmanagements benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und richtig. Alle Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht.

Für eine Terminvereinbarung kontaktieren Sie uns bitte telefonisch unter **0351 4241840** bzw. nutzen Sie alternativ unsere Online-Terminbuchung. Nähere Informationen dazu finden Sie auf unserer Webseite www.haute-esthetique.de im Menüpunkt **Termin & Service**.

Persönliche Daten

Vorname _____ Name _____

Geburtstag _____ Beruf (seit) _____

Telefon _____ E-Mail _____

Staatsangehörigkeit _____

Adresse _____

Größe _____ cm Gewicht _____ kg

Hausarzt/ Behandelnder Arzt _____

Sind Sie Patientin/ Patient einer privaten (PKV) oder einer gesetzlichen Krankenkasse (GKV) - Selbstzahler?

Name der Kasse: _____ Versichertennummer: _____?

Bitte senden Sie den Anmeldebogen, die Einverständniserklärung zur Kostenübernahme und den Fragebogen zur Vorbereitung des Arztbesuchs ausgefüllt per Post/ Mail an HAUTE ESTHETIQUE, Hermisdorfer Str. 16, 01159 Dresden oder praxis@haute-esthetique.de zurück.

Bitte beachten Sie, zum Ersttermin Ihre gesamten medizinischen Pässe (Allergie-, Tumor-, Herzpass etc.), den Medikamentenplan Ihres behandelnden Arztes bzw. die Beipackzettel mitzubringen sowie Ihren Personalausweis/ Krankenversicherungskarte mitzubringen.

Vielen Dank. Wir freuen uns auf Ihren Besuch.

Ihre Dr. Gabriela Vashina-Georgi und das Praxisteam von HAUTE ESTHETIQUE®

Datum _____

Patientenunterschrift _____

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer obigen Angaben und stimmen der Speicherung Ihrer persönlichen Daten ausdrücklich zu.

ANMELDEBOGEN

Haarsprechstunde

Patienteninformation zur Kostenübernahme & Terminvergabe

Name des Patienten in Druckbuchstaben: _____

Ich wünsche eine privatärztliche dermatologische Beratung und Behandlung durch Frau Dr. Vashina-Georgi.

Die Erstellung der Liquidation (Rechnung) erfolgt nach den Richtlinien der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der Fassung vom 01.05.2001 und den Empfehlungen der Bundesärztekammer. Davon abweichende Erlasse der Bundesländer zur Beihilfefähigkeit können nicht berücksichtigt werden, da der Wortlaut der GOÄ rechtsverbindlich ist. Falls notwendig werden sogenannte Analogziffern zur Anwendung gebracht. Analogziffern betreffen Leistungen, die in der aktuellen GOÄ nicht oder nur unzureichend erfasst sind.

Gemäß §5, Absatz 2, GOÄ (Umstände bei der Ausführung) kann unter berechtigten Voraussetzungen bis zum 3,5-fachen Satz für ärztliche und 2,5-fachen Satz für technische Leistungen (außer KVB-Vertrag Beitragsklasse I-III) abgerechnet werden.

Hiermit verpflichte ich mich zur Begleichung der von mir in Anspruch genommenen Leistungen, ohne Rücksicht darauf, ob mir Ansprüche gegen eine private Krankenversicherung oder sonstige Erstattungsstellen zustehen. Die Klärung solcher privater Versicherungsverhältnisse übernehme ich selbst.

Ich erkläre mich ferner damit einverstanden, dass für meine Behandlung evtl. notwendige Labor- und Gewebeuntersuchungen auf meine Kosten vorgenommen werden und Terminerinnerungen/ Recalls per E-Mail an mich versandt werden.

In der Regel werden die Leistungsforderungen von den privaten Versicherungen bzw. Beihilfestellen übernommen. Da dies jedoch nicht im Ermessen des Arztes liegt, der zudem keinen Einblick in einzelne Versicherungsverträge hat, darf seitens des Patienten/der Patientin keine Kürzung vorgenommen werden, sollte der Erstattungsbetrag nicht dem Rechnungsbetrag entsprechen.

Es wird hiermit ausdrücklich ein Behandlungsvertrag zwischen Patient/Patientin und Hautarzt geschlossen.

Wir möchten an dieser Stelle ausdrücklich darauf hinweisen, dass Patientinnen/ Patienten der gesetzlichen Krankenkassen die Leistungen unserer Praxis nur als Selbstzahler*innen in Anspruch nehmen können.

Ihre Zufriedenheit ist unser Anliegen. Für ein bestmögliches Terminmanagementsystem haben wir daher für Sie effiziente Strukturen etabliert. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie über die Rechnungslegung durch HAUTE ESTHETIQUE® aufgeklärt wurden. Gleichzeitig erkennen Sie unsere Regularien hinsichtlich Terminvergaben bzw. Terminabsagen an.

Unsere Praxis arbeitet ausschließlich mit einem festen Bestellsystem. Das bedeutet, dass wir einen Termin exklusiv für Sie reservieren. Daher sind wir bei kurzfristigen Absagen meist nicht in der Lage, den Termin anderweitig zu vergeben.

Falls Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, möchten wir Sie bitten, uns entweder per Telefon (0351 4241840) oder E-Mail (praxis@haute-esthetique.de) spätestens **3 Tage** vorher zu informieren. In dem Falle, dass der vereinbarte Termin für einen Dienstag geplant war, sagen Sie uns bitte bis zu dem vorhergehenden Freitag bis 12:00 Uhr ab.

Falls Sie zu Ihrem Termin ohne Absage nicht erscheinen, behalten wir uns vor, ein Ausfallhonorar in Höhe von **50,00 Euro** zu verlangen. Bitte beachten Sie auch die Hinweise bezüglich Ihrer individuellen Vorbereitung auf einen Behandlungstermin. Alle hierfür notwendigen Informationen finden Sie auf unserer Homepage unter **Termin & Service/ Untersuchungsvorbereitung**.

Ich hatte ausreichend Zeit, diese Information zu lesen und/oder Fragen zu stellen. Der Inhalt ist für mich verständlich. Ich habe ein Exemplar dieser Information erhalten.

Ort, Datum _____

Patientenunterschrift _____

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer obigen und umseitigen Angaben und stimmen der Speicherung Ihrer persönlichen Daten ausdrücklich zu.

ANMELDEBOGEN

Haarsprechstunde

Fragenbogen zur Vorbereitung der Erstuntersuchung

Name des Patienten in Druckbuchstaben: _____

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen möglichst vollständig aus. Falls notwendig, nutzen Sie bitte die Rückseite des Blattes für eine ausführlichere Beschreibung. Vielen Dank.

Allgemeine Fragen zum Gesundheitszustand

1. Sind bei Ihnen schwerwiegende Erkrankungen bekannt oder leidet Sie an einer Infektionskrankheit (Hepatitis, Tuberkulose, HIV, MRSA etc.)? Ja Nein

Wenn ja, bitte angeben: _____

2. Haben Sie andere Erkrankungen? Ja Nein

Wenn ja, bitte Diagnosen angeben: _____

3. Nehmen Sie zurzeit Medikamente wegen Ihrer Grunderkrankung (auch Akutmedikamente wie Schmerzmittel, Antibiotika etc.) oder homöopathische Präparate ein?

Nein Ja, bitte angeben _____

4. Müssen Sie wegen einer Herz-Kreislauf-Erkrankung Betablocker in Tablettenform einnehmen oder Augentropfen verwenden?

Nein Ja, bitte angeben _____

5. Nehmen Sie aktuell blutverdünnende Medikamente ein?

Nein Ja, bitte angeben _____

6. Besteht eine Arzneimittelunverträglichkeit, Kontrastmittelallergie, Narkoseallergie oder andere Allergien? Ja Nein

Wenn ja, bitte angeben: _____

(Bitte Allergiepass mitbringen.)

7. Wurde bei Ihnen bereits ein Allergietest durchgeführt?
 Nein Wenn ja, bitte ankreuzen und angeben mit welchen Ergebnissen?
 Epikutantest Prick Test RAST Test IgE- Antikörperbestimmung

(Bitte Allergiepass mitbringen.)

8. Wurde bei Ihnen in der Vergangenheit eine Hyposensibilisierung durchgeführt?
 Nein Ja, bitte angeben wann, wie lange, mit welchem Erfolg?

9. Haben Sie eine Latex- oder Pflasterallergie?

Nein Ja, bitte angeben _____

10. Wurde bei Ihnen in der Vergangenheit weißer Hautkrebs (Plattenepithel- bzw. Basalzellkarzinom), schwarzer Hautkrebs (malignes Melanom) oder andere Hautkrebsformen diagnostiziert und behandelt? Nein

Wenn ja, bitte Hautkrebsform, Therapie, wann, bei Operation Details angeben

(Bitte die alten Entlassungsbriefe, den Tumormapass sowie die alte Dokumentation zum Ersttermin in die Praxis mitbringen.)

11. Wurden Ihnen in der Vergangenheit aufgrund von Hauterkrankungen bzw. anderen Krankheiten Kuren, Heilverfahren oder sonstige Reha-Maßnahmen verordnet?

Nein Ja, bitte angeben (Wie oft, wie lang, wo, wann?)

Fragen zu Ihrem Haar-/ Kopfhautzustand

1. Beschreiben Sie kurz die Art des Haarproblems bzw. des -ausfalls (Beginn, Verlauf, jahreszeitliche Schwankungen, mögliche Auslöser, Brüchigkeit der Haare, Veränderungen der Nägel)

2. Falls Sie Haarausfall haben, wie hoch schätzen Sie Ihren Haarverlust pro Tag? _____ Haare (Bitte zählen Sie 3 Tage lang die ausgefallenen Haare – ohne vorheriges Waschen)

3. An welchen Stellen fallen die Haare aus?

Geheimratsecken Oberkopf „Tonsur“ am Hinterkopf diffus
 andere Stellen: _____

4. Wie stark fühlen Sie sich durch ihr Haarproblem beeinträchtigt? (bitte ankreuzen)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

gar nicht beeinträchtigt <-----> extrem beeinträchtigt

5. Bestehen weitere Symptome?

Juckreiz der Kopfhaut Ja Nein
Schmerzen/Brennen Ja Nein
vermehrte Schuppung Ja Nein

6. Haben Sie Veränderungen auf der Kopfhaut bemerkt.

Nein Wenn ja, bitte den Zustand detailliert beschreiben _____

7. Wurde bei Ihnen bereits eine Biopsie mit histologischer Untersuchung vorgenommen?

Nein Wenn ja, bitte die Diagnose angeben und den Untersuchungsbefund mitbringen _____

8. Gibt es Verwandte (Eltern, Geschwister etc.), die auch unter Haarausfall leiden?
Wenn Ja: Welche und in welcher Form?

9. Sind bisher schon Behandlungen des Haarausfalls durchgeführt worden? Wenn ja:
Welche und mit welchem Erfolg? Durch wen (Hautarzt, Hausarzt, Heilpraktiker, weitere)?

10. Wurde bei Ihnen bereits wegen des Haarausfalls durch Ihren Hausarzt oder einem anderen
Facharzt Blut abgenommen? Ja Nein
(Speziell: Eisen, Ferritin, Zink, Blutbild, Entzündungswerte, Hormone)
Falls ja, schicken Sie uns bitte eine Kopie Ihrer letzten Blutbefunde oder bringen Sie bitte
diese, die nicht älter als ein Monat sind, in die Praxis mit!

11. Wurde bei Ihnen bereits ein Trichogramm oder Trichoscan durchgeführt?
 Ja Nein
Wenn ja, mit welchem Ergebnis? _____
12. Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen?
 Eisenmangel
 Schilddrüsenerkrankung
 Diabetes
 Darmerkrankungen (M. Chron, Malabsorbie etc.)
 Akne
 Kopfhauterkrankung in den letzten 12 Monaten?
13. Leiden Sie zurzeit oder bereits seit längerem privat oder beruflich unter Stress?

14. Waren Sie deswegen in Behandlung bzw. hatten Sie autogenes Training oder Yoga?
 Nein Ja, bitte angeben _____
15. Gibt es Besonderheiten in Ihrer Ernährung? (Diäten, Fastenkuren in den letzten 12 Monaten
Vegetarier, Veganer etc.)
 Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

16. Rauchen Sie? Ja Nein
Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____
17. Nehmen Sie regelmäßig Alkohol zu sich?
Wenn ja, wie viel? _____
18. Haben Sie in den letzten 6 Monaten stark an Gewicht verloren? Nein Ja
Wenn ja, wie viel kg? _____
19. Haben Sie sich in den letzten 12 Monaten einer Operation oder Strahlentherapie unterzogen?
 Nein Ja
Wenn ja, was für eine Operation und wann? _____

20. Geben Sie einen kurzen Überblick über Haarpflegemaßnahmen oder Kosmetika:
 Haarwäsche ___mal pro Woche Haarspray/ Haargel ___mal pro Woche
 Haarspülung ___mal pro Woche
 Dauerwelle ___mal pro Jahr Wann zuletzt? _____
 Haarfärbung ___mal pro Jahr Wann zuletzt? _____
 Haartönung ___mal pro Jahr Wann zuletzt? _____
 Blondierung ___mal pro Jahr Wann zuletzt? _____
21. Favorisieren Sie Produkte aus Naturstoffen oder haben nutzen Sie eher konventionelle Produkte zur Haarpflege?

22. Nennen Sie bitte die Marken Ihrer Haarpflegeprodukte: _____

23. Bürsten Sie regelmäßig Ihre Haare? Wenn ja, seit wann? _____
24. Haben Sie bereits Haarkuren durchgeführt? Wenn ja, wann und welche?

Fragen an unsere Patientinnen

25. Alter bei der 1. Monatsblutung? _____ Jahre
26. Besteht der Zyklus noch? Ja Nein, seit _____ Jahren nicht mehr.
27. War/ ist Ihr Zyklus immer regelmäßig, mit normaler Blutungsstärke und –dauer?
 Ja Nein, Auffälligkeiten:

28. An welchem Zyklustag sind Sie heute (ab dem ersten Tag der letzten Blutung): _____ Tag
29. Nehmen Sie Hormone (Hormone in den Wechseljahren oder zur Verhütung) ein?
 Ja Nein
30. Schwangerschaft in der ___ SSW entbunden am: _____
 Zyklusunregelmäßigkeiten
 Pille begonnen am _____ Präparat: _____
 Pille gewechselt am _____ von _____ auf _____
 Pille abgesetzt am _____ Präparat: _____
Bitte bringen Sie von allen Medikamenten die Beipackzettel in die Praxis mit!
 vermehrter Haarwuchs an folgenden Stellen: _____

Wir bedanken uns bei Ihnen für Ihre Mitarbeit. Sollten Sie bei der Beantwortung einiger Fragen Schwierigkeiten gehabt haben, so besprechen wir diese Punkte gern mit Ihnen in unserer Sprechstunde.

HAUTE ESTHETIQUE® Bitte liken Sie uns auf Facebook!



Ort _____

Datum _____

Patientenunterschrift _____

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer obigen und umseitigen Angaben und stimmen der Speicherung Ihrer persönlichen Daten ausdrücklich zu.

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Werbung Google Facebook Empfehlung Sonstiges