



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Sie interessieren sich für unsere Hormonsprechstunde und haben einen Termin vereinbart. Wir informieren sie hiermit über die Kosten, den Ablauf der Behandlung und geben ihnen auf Seite 2 besondere Hinweise.

### **HORMONSPRECHSTUNDE / BEHANDLUNG**

Es handelt sich um eine reine Selbstzahlerleistung, private Krankenkassen erstatten in der Regel die Kosten.

### **KOSTEN**

Für die ärztliche Erstanamnese, Befundauswertung und Therapieplanerstellung gesamt ca. **180 €** zuzüglich der Kosten für Labor-Diagnostik

Jede weitere Beratung / Reevaluation: **60 €**

### **DIE HORMONBESTIMMUNG ERFOLGT IM SPEICHEL ODER BLUT.**

Sollten Sie noch ihre Monatsblutung haben, sollte der Test ca. am 22. Zyklustag (1.Zyklustag = 1. Blutungstag) durchgeführt werden, wenn Sie nicht mehr menstruieren, kann der Test jederzeit gemacht werden.

Die Auswertung durch das Labor dauert ca. 14 Tage, der Befund wird zu uns in die Praxis gesendet. Er wird Ihnen dann bei der Auswertung / Besprechung mitgegeben.

Eine Anwendungskontrolle per Test und ein Kontrolltermin etwa 2-3 Monate nach Beginn der Therapie wird von meiner Seite aus dem Patienten empfohlen.



Besonders hinweisen möchte ich darauf, dass eine Anwendung von Estradiol (Östrogenart) alleine das Risiko für Gebärmutterhautkrebs erhöhen kann. Aus diesem Grunde wird die Dosierung auch bei einer Gabe über die Haut möglichst niedrig gehalten und die Behandlung nur bei nachgewiesem Mangel durchgeführt.

Eine ausreichende Versorgung mit Progesteron ist eine Voraussetzung, da es eine Schutzfunktion an der Gebärmutterhaut und auch der Brustdrüse hat. Es ist auch bei einer Behandlung mit naturidentischen Hormonen ratsam, dass Sie vorher eine fachärztliche (urologische, gynäkologische) Untersuchung machen lassen. Bitte bringen Sie entsprechende Befunde mit.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die Informationen zur Therapie mit naturidentischen Hormonen gelesen und verstanden haben und dass Sie mit dieser Behandlung einverstanden sind.

Hiermit erkläre ich mich bereit, die gewünschten und derzeit nicht zu Lasten der GKV erbringbaren Leistungen auf Basis der aktuell gültigen Gebührenverordnung für Ärzte (GOÄ) privat zu erstatten.

---

Name, Vorname

---

Datum, Unterschrift