

# Dr. med. Dirk Wiechert

Facharzt für Allgemeinmedizin  
Privatabrechnung nach GOÄ

## Anamnesebogen zur Abklärung und Therapie eines Eisenmangels

Im Rahmen des telefonischen Erstkontaktes wurden Ihnen Eiseninfusionen empfohlen. Wir möchten Ihnen daher gerne einen Kurztermin mit Herrn Dr. Wiechert ermöglichen, um dieses Anliegen genauer abzuklären. Zur Vorbereitung auf diesen Termin sind wir auf Ihre aktive Mithilfe angewiesen und möchten Sie bitten diesen Bogen vollständig auszufüllen. Bitte beachten Sie, dass es sich in der Kürze der Zeit ausschließlich um die Symptomatik eines Eisenmangels und mögliche Kontraindikationen bzgl. Eiseninfusionen handeln wird. Sollte der Eisenmangel bereits ärztlich diagnostiziert worden sein, bringen Sie bitte die entsprechenden Laborwerte mit. Für eine ganzheitliche Erstanamnese sind gesonderte Termine notwendig. Bitte vereinbaren Sie bei Interesse zeitnah einen Ersttermin, da diese Termine bereits mehrere Monate im Voraus ausgebucht sind.

Kontaktdaten	
Name	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße	Plz / Wohnort
Telefon	eMail
Familienstand	Beruf
Arbeitgeber	

Allgemeine Angaben	
Körpergröße in cm	Gewicht in kg
Behandelnder Hausarzt	
Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Beihilfe
Blutgruppe	

## Krankenvorgeschichte

Bekannte Vorerkrankungen?

Sind Infektionskrankheiten bekannt?

Ja  Nein

Wenn ja, welche?

## Medikation

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?

## Allergien

Sind Allergien gegen Medikamente bekannt?  
(Insbesondere Benzoesäure oder Salizylsäure)

Ja  Nein

Wenn ja, welche?

Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten  
gegen Nahrungsmittel oder Substanzen?

Ja  Nein

Wenn ja, welche?

Wichtige Angaben	
Ist bei Ihnen eine Hämochromatose bzw. Eisenspeicherkrankheit bekannt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ist bei Ihnen eine Eisenverwertungsstörung bekannt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ist bei Ihnen eine Tumorerkrankung bekannt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter systemischem Lupus?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Besteht eine rheumatoide Arthritis?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Leberfunktionsstörungen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ist aus der Vergangenheit ein erniedrigter Phosphatspiegel bekannt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurde bei Ihnen ein Eisenmangel ärztlich diagnostiziert? <b>Wenn ja, reichen Sie bitte die entsprechenden Laborbefunde ein.</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie in der Vergangenheit bereits Eiseninfusionen erhalten? Wenn ja, wie war die Verträglichkeit? Geben Sie falls bekannt bitte den Namen des Präparats an.	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, keine Beschwerden <input type="checkbox"/> Ja, aber es traten folgende Beschwerden auf: <hr/> <hr/> Präparat:
Nehmen Sie eisenhaltige, orale Ergänzungen ein?  Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Abgeschlagenheit?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Fühlen Sie sich häufig erschöpft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ermüden Sie schnell bei leichten Tätigkeiten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hat Ihre Leistungsfähigkeit auffallend abgenommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Vergesslichkeit?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Konzentrationsstörungen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter körperlicher Schwäche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Treiben Sie regelmäßig Sport?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter innerer Unruhe oder psychischen Beschwerden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Schwindel?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Ohnmachtsanfällen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Epileptischen Anfällen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Leiden Sie unter Appetitlosigkeit?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Übelkeit oder Erbrechen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Stuhlbeschwerden? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Blut im Stuhl bemerkt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter erhöhter Infektanfälligkeit?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Frieren Sie häufig schneller als die Menschen in Ihrer Umgebung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie häufig oder Fieber oder erhöhter Temperatur?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter trockener Haut?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter rissigen Lippen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Haarausfall oder brüchigem Haar?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter brüchigen Nägeln?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Atemnot?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Asthma bronchiale?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Druckgefühl oder Schmerzen in der Herzgegend?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Blut im Urin festgestellt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie in letzter Zeit auffallend viel an Gewicht verloren?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie in letzter Zeit auffallend viel an Gewicht zugenommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie auffallend viel Durst?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

### Sonstige Angaben:

# Voraussichtliche Kosten zur Diagnostik und Therapie eines Eisenmangels mit Eiseninfusionen

Die genauen Kosten können variieren. Zur groben Einschätzung führen wir Ihnen die wichtigsten Kosten auf:

## Diagnostik:

Die Diagnostik wird durch eine Blutentnahme vor und 2 Wochen nach den Eiseninfusionen durchgeführt.

Laborparameter: CRP, Ferritin, Großes Blutbild, Retikulozyten, Transferrin, Transferrinsättigung.

**Kosten für eine Blutentnahme mit Laboranalytik: ca. 67 €**

## Infusionskosten:

Es werden 6 Termine zur Eiseninfusion angesetzt, jeweils eine pro Woche. Das Präparat der Wahl ist hier das Ferrlecit 62,5mg. Weitere Informationen entnehmen Sie gerne aus dem Beipackzettel, der online einsehbar ist.

**Gebühren nach GOÄ und Materialkosten für eine Infusion mit Ferrlecit: ca. 52 €**

## Befundbesprechungen, Auswertungen:

Dr. med. Dirk Wiechert ist verpflichtet, Sie vor den Infusionen zu sprechen und auch Ihre Laborbefunde auszuwerten und Ihnen mitzuteilen. Die Kosten können individuell nach Aufwand abweichen. Die Sprechzeiten mit Dr. med. Dirk Wiechert sind aufgrund der Kurzfristigkeit ihrer Termine kurzgehalten. Eine ausführliche Besprechung und Diagnostik hat in der Regel eine Vorlaufzeit von etwa einem halben Jahr.

**Erstgespräch: ca. 20 €**

**Eine Auswertung und Besprechung von Laborparametern: ca. 30 €**

Wir möchten Sie noch einmal darauf aufmerksam machen, dass Dr. Wiechert ausschließlich privatärztlich arbeitet, wobei er nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abrechnet. Falls Sie gesetzlich versichert sind, müssen Sie sämtliche Kosten selbst tragen. Auch bei Privatpatienten kann der Fall eintreten, dass einige Therapien von der privaten Krankenkasse nicht übernommen werden. Bei diesbezüglichen Rückfragen stehen wir Ihnen selbstverständlich gerne zur Verfügung.

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 dürfen.

Bitte beachten Sie, dass wir Ihnen, gem. § 630e BGB, zur Besprechung Ihrer, durch unsere Praxis erhobenen, Befunde verpflichtet sind.

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.

Um einen organisatorisch optimierten Ablauf zu ermöglichen, gestatten Sie uns bitte mit Ihrer Unterschrift die Weiterleitung Ihrer Befunde von genutzten Laboren an die Praxis Dr. Wiechert. Ebenfalls erklären Sie sich mit Ihrer Unterschrift einverstanden, dass wir personenbezogene Daten an die beauftragten Labore, das Gesundheitsamt o. ä. involvierte Institutionen weitergeben dürfen. Zur Sicherheit Ihrer persönlichen Daten schicken wir Ihnen Befund und Dokumente, per Email, verschlüsselt zu. Bitte geben Sie dafür nachfolgend Ihr gewünschtes Passwort an:

---

(Ihr persönliches Passwort)

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Kenntnisnahme dieses Dokumentes:

---

(Ort und Datum)

---

(Unterschrift des Patienten)

---

Praxis Dr. med. Dirk Wiechert – Parkallee 301 – 28213 Bremen – Telefon (0421) 395015 – Telefax 3961239  
eMail [info@dr-wiechert.com](mailto:info@dr-wiechert.com) – Internet [www.dr-wiechert.com](http://www.dr-wiechert.com)