

**Dr. med. Bettina Gaza-Werner**  
**Frauenärztin**  
**Naturheilverfahren**

**Richard-Strauss-Str. 56**  
**81677 München**  
**Tel. 089/913171**  
**Fax: 089/913175**

---

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geb.datum \_\_\_\_\_

PLZ/ Wohnort \_\_\_\_\_ Strasse \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Hausarzt \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_ Telefon mobil \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Geburten (Jahr/spontan/operativ) \_\_\_\_\_ Fehlgeburten \_\_\_\_\_

Operationen \_\_\_\_\_

Schwere Erkrankungen (z.B. Thrombose, chron.Leiden) \_\_\_\_\_

Krebserkrankungen in der Familie \_\_\_\_\_

Allergien (z.B.Medikamente...) \_\_\_\_\_

Regelmäßige Medikamente (z.B. Pille...) \_\_\_\_\_

Alter bei 1. Regelblutung \_\_\_\_\_ Alter bei Eintritt der Wechseljahre \_\_\_\_\_

Letzte Krebsvorsorge \_\_\_\_\_ Letzte Mammographie \_\_\_\_\_

Praxis wurde empfohlen durch \_\_\_\_\_

**ZUSÄTZLICHE LEISTUNGEN ALS SELBSTZÄHLERLEISTUNGEN SIND ERWÜNSCHT:**

Vaginalultraschall (40 Euro)

Ultraschall der Brust (45 Euro)

JA  NEIN

JA  NEIN

**Privatversicherte Patientinnen** bzw. erziehungsberechtigte Angehörige erklären sich hiermit einverstanden, dass diese und zukünftige ärztliche Behandlungen/Laboruntersuchungen durch eine privatärztliche Verrechnungsstelle in Rechnung gestellt werden.

Sollten Sie einmal einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, teilen Sie uns dies bitte rechtzeitig vorher mit. Wir behalten uns vor, die sonst entstehenden Ausfallkosten von 50 Euro Ihnen privat in Rechnung zu stellen.

Datum/ Unterschrift der Patientin \_\_\_\_\_