

Patientendaten

Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Name des Versicherten:	Geburtsdatum:
Adresse:	
E-Mail:	
Telefon:	Handy:
Name der Kranken-Versicherung:	Zahn-Zusatzversicherung: JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>

GELESEN

<input type="checkbox"/>	Lieber Patient, diese Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Dies bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Das bedeutet aber auch, dass Sie, wenn Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können, diesen spätestens 48 Stunden vorher absagen müssen , da Ihnen sonst die vorgesehene Behandlung in Rechnung gestellt werden kann.
<input type="checkbox"/>	Wichtig für Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung: Wird die Versicherungskarte nicht spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn nachgereicht, gehen wir davon aus, dass Sie eine private Abrechnung wünschen und berechnen Ihnen die erbrachte Behandlung nach GOZ/GOÄ.
<input type="checkbox"/>	Die Abtretung von Forderungen des Patienten an Dritte, die aus dem Behandlungsverhältnis mit Dr. Kast resultieren, ist ausgeschlossen.
<input type="checkbox"/>	Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten einverstanden. Die „Information zur Erhebung personenbezogener Daten“ sind in der Praxis einsehbar.
<input type="checkbox"/>	Ich wünsche eine Terminerinnerung per SMS .

Datum, Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten

Datum, Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten

Datum, Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten

Datum, Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten

Datum, Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten

Datum, Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten

Datum, Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten

Datum, Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten

Anamnese

		JA	NEIN	
Herz & Kreislauf	Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	seit _____
	Herzklappe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	seit _____
	Herzfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	angeboren <input type="checkbox"/> erworben <input type="checkbox"/>
	Herzrhythmusstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wann? _____
	Endokarditis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	zu hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
zu niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Gerinnungshemmer (bitte ankreuzen)

Marcumar	<input type="checkbox"/>
ASS	<input type="checkbox"/>
Xarelto	<input type="checkbox"/>
Plavix	<input type="checkbox"/>
Andere:	<input type="checkbox"/>

		JA	NEIN
Allergien	Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Penicillin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Latex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	folgende Medikamente:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Allergien

Sonstige:	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------

		JA	NEIN
Sonstige Krankheitsbilder	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bisphosphonate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Grüner Star	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HbA 1c-Wert (bitte ankreuzen)

unter 7 %	<input type="checkbox"/>
über 7 %	<input type="checkbox"/>

		JA	NEIN
Infektiöse Erkrankungen	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	HIV / AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	MRSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Creutzfeld-Jakob-Krankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		JA	NEIN
RAUCHEN	weniger als 10 Zigaretten pro Tag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	mehr als 10 Zigaretten pro Tag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Sonstige Medikamente: _____

Weitere Erkrankungen _____