

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 im Voraus 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“ ist 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

		NEIN	JA		
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"/>		
	Blutdruck-Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	➔	zu niedrig <input type="checkbox"/> zu hoch <input type="checkbox"/>
	schwaches Herz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Gerinnungshemmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	➔	Bitte ankreuzen

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

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"/>	
				Sonstige Allergien: _____

Sonstige Krankheitsbilder	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	➔ HbA1C unter 7% <input type="checkbox"/> über 7% <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"/>	➔ als Tablette <input type="checkbox"/> gespritzt <input type="checkbox"/>
	Grüner Star	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	➔ letzter Anfall: _____

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"/>

Für Rauchende	weniger als 10 Zigaretten pro Tag	<input type="checkbox"/>
	mehr als 10 Zigaretten pro Tag	<input type="checkbox"/>

Anamnese



Dr. Johannes Kast

Sonstige Medikamente/ Erkrankungen: _____