

HERZ- /KREISLAUF- ERKRANKUNGEN	ZU HOHER BLUTDRUCK -----	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
	ZU NIEDRIGER BLUTDRUCK -----	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
	HERZRHYTHMUSSTÖRUNGEN -----	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
	HERZSCHWÄCHE (INSUFFIZIENZ) -----	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
	ANGINA PECTORIS -----	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
	ZUSTAND NACH HERZINFARKT -----	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
	HERZSCHRITTMACHER, HERZKLAPPENERSATZ -----	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
	ANGEBORENE ODER ERWORBENE HERZFEHLER -----	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
	NEHMEN SIE GERINNUNGSHEMMENDE MEDIKAMENTE EIN? -----	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
	WELCHE? (z.B.: ASS, MARCUMAR, XARELTO) _____		
ALLERGIEN:	UNVERTRÄGLICHKEIT VON MEDIKAMENTEN/SPRITZEN -----	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
	SONSTIGES _____		
VEGETATIVE ERKRANKUNGEN:	OHNMACHTSANFÄLLE -----	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
	NEHMEN SIE AUFPUTSCH- ODER BERUHIGUNGSMITTEL EIN -----	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
STOFFWECHSEL- ERKRANKUNGEN:	ZUCKERKRANKHEIT (DIABETES) -----	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
	MAGEN-DARMERKRANKUNGEN -----	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
	SCHILDDRÜSENERKRANKUNGEN -----	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
KNOCHEN- ERKRANKUNGEN:	OSTEOPOROSE -----	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
	NEHMEN SIE MEDIKAMENTE GEGEN OSTEOPOROSE EIN? -----	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
	WELCHE? (z.B.: BISPHOSPHONATE) _____		
ERKRANKUNGEN DES NERVENSYSTEMS:	EPILEPTIFORME ANFÄLLE -----	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
	SONSTIGES _____		
BLUTERKRANKUNGEN:	BLUTUNGSNEIGUNG (HÄMOPHILIE) -----	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
	BLUTARMUT (ANÄMIE) -----	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
INFEKTIONSKRANKHEITEN:	LEBERENTZÜNDUNG / GELBSUCHT (HEPATITIS A/B/C) -----	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
	TUBERKULOSE -----	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
	CREUTZFELDT-JAKOB-KRANKHEIT -----	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
	WURDE BEI IHNEN EIN MRSA-KEIM (KRANKENHAUSKEIM) FESTGESTELLT? -----	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
	WURDE BEI IHNEN EIN AIDSTEST DURCHFÜHRT? -----	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
SONSTIGE ERKRANKUNGEN:	WENN JA, MIT WELCHEM ERGEBNIS? -----	<input type="checkbox"/> POSITIV	<input type="checkbox"/> NEGATIV

WEITERE ANGABEN:	RAUCHEN SIE? -----	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
	SIND SIE DROGEN- ODER ALKOHOLABHÄNGIG? -----	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
SCHWANGERSCHAFT:	WENN JA, IN WELCHEM MONAT? -----	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
RÖNTGEN:	WURDEN SIE IM LETZTEN JAHR IM KIEFER-ZAHNBEREICH GERÖNTGT? -----	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
	HABEN SIE EINEN RÖNTGENPASS? -----	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN

PFLEGEBEDÜRFTIGE UND MENSCHEN MIT BEHINDERUNGEN HABEN SEIT 01.07.18 ANSPRUCH AUF BESONDERE LEISTUNGEN DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG- DAHER DIE FOLGENDEN BEIDEN FRAGEN:

WURDE BEI IHNEN EINE PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT FESTGESTELLT? -----	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
BEZIEHEN SIE EINGLIEDERUNGSHILFE? -----	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN

WENN JA, DANN BITTEN WIR UM VORLAGE DES BESCHIDES DER KRANKENKASSE, BZW. DES SOZIALAMTES

BITTE BEACHTEN SIE, DASS DIE FAHRTÜCHTIGKEIT UNTER EINFLUSS VON MEDIKAMENTEN ODER INJEKTIONEN ZUR ÖRTLICHEN BETÄUBUNG FÜR 4-6 STUNDEN BEEINTRÄCHTIGT SEIN KANN.

EINE PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ GEMÄß DER AB 25.05.18 GÜLTIGEN EU-DATENSCHUTZ-GRUNDVERORDNUNG (DSGVO) IST IM WARTEZIMMER AUSGELEGT!

MIT MEINER UNTERSCHRIFT BESTÄTIGE ICH DIE VOLLSTÄNDIGKEIT UND RICHTIGKEIT MEINER UMSEITIGEN UND OBIGEN ANGABEN.

DATUM	UNTERSCHRIFT PATIENT/IN ODER ERZIEHUNGSBERECHTIGTER
-------	---

BESTELLPRAXIS: HINWEISE ZUR ORGANISATION

WIR SIND IMMER BEMÜHT, IHNEN LANGE WARTEZEITEN ZU ERSPAREN. DESHALB BITTEN WIR SIE, VEREINBARTE TERMINE MINDESTES 24 STUNDEN VORHER ABZUSAGEN, FALLS SIE VERHINDERT SIND. WIR SIND BERECHTIGT, NICHT EINGEHALTENE TERMINE AUCH MITGLIEDERN DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG NACH DER PRIVATEN GEBÜHRENORDNUNG IN RECHNUNG ZU STELLEN. BEDENKEN SIE BITTE, DASS PATIENTEN, DIE UNS MIT SCHMERZEN AUFSUCHEN, IN DAS BESTELLSYSTEM EINGEBUNDEN WERDEN MÜSSEN – DADURCH KANN ES MANCHMAL ZU ZEITVERZÖGERUNGEN KOMMEN.