



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Augenarztpraxis. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und werden daher streng vertraulich behandelt.

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße, Nr. _____ PLZ, Wohnort: _____

Telefon/Handy: _____ Geburtsort: _____

Krankenversicherung: _____ gesetzlich versichert ja nein
privat versichert ja nein Beihilfe ja nein
Basistarif ja nein

E-Mail: _____ Hausarzt: _____

Liegt ein Pflegegrad (§15 SGB XI) vor? Wenn ja, welcher? _____

Haben Sie der elektronischen Patientenakte (ePa) bei Ihrer Krankenkasse widersprochen? ja nein

Wenn Sie familienversichert sind, wer ist der Hauptversicherte?

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Einverständniserklärung zur Informationsweitergabe meiner persönlichen Daten (BITTE AUSFÜLLEN!)

Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Folgende Personen dürfen mündliche und schriftliche Auskünfte (Termine, Befunde usw.) erhalten:

Name, Vorname: _____

Bitte keine Auskünfte an Dritte (Angehörige/sonstige Personen)

Grund der Behandlung:

<input type="checkbox"/> Kontrolle	<input type="checkbox"/> fliegende Mücken	<input type="checkbox"/> verklebtes Auge
<input type="checkbox"/> Sehverschlechterung	<input type="checkbox"/> Blitze	<input type="checkbox"/> Schmerzen
<input type="checkbox"/> neue Brille	<input type="checkbox"/> Schattensehen	<input type="checkbox"/> Fremdkörper
	<input type="checkbox"/> Doppeltsehen	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

Tragen Sie eine Brille?
 ja nein Wenn ja, seit wann erstmalig: _____

Tragen Sie Kontaktlinsen?
 ja nein

Haben Sie als Kind geschielt? ja nein

Fahren Sie Auto? ja nein

Bitte Rückseite beachten!

Tägliche Bildschirmarbeitszeit (Computer, Tablet, Handy usw.): _____ Stunden

Rauchen Sie?

ja nein

Besteht eine Alkoholabhängigkeit?

ja nein

Nehmen Sie Drogen?

ja nein

Leiden Sie unter Schlafstörungen?

ja nein

Operationen/Laserbehandlung am Auge?

ja nein Wenn ja, wann und welche? _____

Augenerkrankungen

Glaukom/Grüner Star

Katarakt/Grauer Star

AMD/Netzhauterkrankung

Allgemeine Gesundheitssituation

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Diabetes mellitus: Typ I Typ II seit wann? _____

letzter HbA1c-Wert? _____

Bluthochdruck

Rheuma

niedriger Blutdruck

Arthrose

Z.n. Herzinfarkt _____

Osteoporose

Z.n. Schlaganfall _____

Asthma / COPD

Z.n. Thrombose _____

Rückenschmerzen

Schilddrüsenerkrankung _____

Demenz

Lebererkrankung _____

Epilepsie

Nierenerkrankung _____

Depressionen / Angstzustände

Krebserkrankung _____

Hepatitis A/B/C

Migräne

HIV

Schwangerschaft-SSW: _____

Allergien, welche? _____

Sonstiges: _____

regelmäßige Medikamente, welche? _____

Traten bei Ihren Eltern/Geschwistern folgende Erkrankungen auf?

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Glaukom/Grüner Star

Diabetes

Rheuma

Katarakt/Grauer Star

Bluthochdruck

Asthma / COPD

Netzhauterkrankungen/AMD

Herzinfarkt

Thrombose

Schielen

Schlaganfall

Allergien

Migräne

Krebserkrankung

Mit der Speicherung meiner Daten auf elektronischen Medien, sowie der Weitergabe an weiterbehandelnde Ärzte bzw. Labore bin ich einverstanden.

Die Datenschutzhinweise (Vorlage in der Praxis und auf der Praxishomepage) habe ich zur Kenntnis genommen.

Bitte ausfüllen und ausgedruckt mitbringen!

Datum, Unterschrift