



Liebe Eltern,

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

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße, Nr. _____ PLZ, Wohnort: _____

Geburtsort: _____ Kinderarzt: _____

Angaben des Hauptversicherten

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon/Handy: _____ E-Mail: _____

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

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

Sorgerecht

- Ich bin sorgeberechtigt und handle im Einverständnis des zweiten Sorgeberechtigten und vertrete ihn.
 Ich habe das alleinige Sorgerecht.

Einverständniserklärung zur Informationsweitergabe meiner persönlichen Daten

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: _____ |

Trägt Ihr Kind eine Brille?
 ja nein Wenn ja, seit wann erstmalig: _____

Trägt Ihr Kind Kontaktlinsen?
 ja nein

Schielt Ihr Kind? ja nein

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

Bitte Rückseite beachten!

Wurde Ihr Kind schonmal am Auge operiert?

ja nein Wenn ja, wann und welche OP? _____

Besteht bei Ihrem Kind aktuell eine / mehrere der folgenden Beschwerden:

Zukneifen der Augen Blinzeln Augenreiben
 Tränende Augen Sonstiges: _____

Allgemeine Gesundheitssituation

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Diabetes mellitus: Typ I seit wann? _____ letzter HbA1c-Wert? _____
 Epilepsie / Fieberkrampf Migräne
 ADHS/ADS Krebserkrankung _____
 Entwicklungsverzögerung Schilddrüsenerkrankung _____
 Autismus Lebererkrankung _____
 Rheuma Nierenerkrankung _____
 Depressionen / Angstzustände
 Allergien, welche? _____
 Sonstiges: _____
 regelmäßige Medikamente, welche? _____

Verliefen Schwangerschaft und Geburt normal?

ja nein: Frühgeburt: SSW _____
 Sauerstoffversorgung
 Geburtskomplikationen: _____

Traten bei den Eltern/Geschwistern des Kindes folgende Erkrankungen auf?

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Fehlsichtigkeit:
 Kurzsichtigkeit Weitsichtigkeit Hornhautverkrümmung
 Glaukom/Grüner Star Diabetes Rheuma
 Katarakt/Grauer Star Bluthochdruck Asthma / COPD
 Netzhauterkrankungen/AMD Herzinfarkt Thrombose
 Schielen Schlaganfall Allergien
 Migräne Krebserkrankung

Mit der Speicherung der Daten meines Kindes 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 eines Sorgeberechtigten