

Persönliche Daten

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer/Mobil: _____

Beruf: _____

E-Mail: _____

Krankenkasse: _____

- Sind Sie privat versichert?
wenn ja: **Name, Anschrift** und **Geburtsdatum** des Rechnungsempfängers | der Rechnungsempfängerin

Hausarzt/-ärztin | Kinderarzt/-ärztin:

Frage zur Vorsorgeuntersuchung

- Wünschen Sie zur Vorsorge Ihrer Netzhaut die historische Methode mit Tropfen ins Auge (eingeschränkte Verkehrsteilnahme für mind. 4 Std.) **oder**
- unser modernes, digitales Verfahren ohne Tropfen inkl. einer Augeninnendruckmessung (Zuzahlungsbedarf 84,52 €)?

[Wenn Sie Fragen - auch zu weiteren Vorsorgeuntersuchungen - haben, sprechen Sie gerne unsere Arzthelferinnen darauf an - Ihr Wunsch wird bei uns in Ihrer Kartei hinterlegt und auch für künftige Besuche so angewandt.]

bitte wenden


Erhebung Ihrer Krankengeschichte

Augenanamnese:

Tragen Sie eine Brille?

Wann haben Sie Ihre erste Brille bekommen? _____

Wann haben Sie die letzten Gläser bekommen? _____

Tragen Sie Kontaktlinsen?

formstabile (sog. harte)

weiche

keine

Leiden Sie an einer Augenerkrankung?

Grauer Star (sog. Linsentrübung | Katarakt)

Grüner Star (sog. "erhöhter Augeninnendruck" | Glaukom)

Erkrankungen der Lider | wenn ja, welche? _____

Erkrankungen der Netzhaut | wenn ja, welche? _____

Erkrankungen der Makula | wenn ja, welche? _____

Schielen

andere Augenerkrankungen: _____

Sind Sie bereits an den Augen operiert worden?

wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie Augentropfen?

wenn ja, welche? _____

Gibt es Augenerkrankungen in der Familie?

wenn ja, welche? _____

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen

Diabetes mellitus | Zucker

wenn ja

Typ 1

Typ 2

- Bluthochdruck
- niedriger Blutdruck
- Schilddrüsenunterfunktion
- Schilddrüsenüberfunktion
- Asthma bronchiale
- Herz-/Kreislaufkrankung | wenn ja, welche? _____
- Rheumatische Erkrankungen | wenn ja, welche? _____

Bestehen weitere wichtige Erkrankungen:

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

wenn ja, welche? _____

Haben Sie eine Medikamentenallergie?

wenn ja, welche? _____

Nehmen oder nahmen Sie regelmäßig Medikamente?

wenn ja, welche? _____

Alternativ können Sie uns auch gerne einen Medikamentenplan von Ihrer Hausärztin | Ihrem Hausarzt vorlegen.

Präparat	Name	Dosierung	Regelmäßig
			<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
			<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
			<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
			<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
			<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
			<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Besteht bei Ihnen aktuell eine Schwangerschaft | Stillzeit?