

Erhebungsblatt

Nachname:

Vorname:

Titel: Beruf:

Straße:

PLZ: Ort:

Nationalität:

Geb. am:

Telefon: Privat / Mobil:

Büro:

E-Mail:

Pflichtversicherung:

Versicherungsnummer:

Mitversichert bei:

Geb. am: Vers.-Nr:

Verwandtschaftsgrad:

Zusatzversicherung:

(Privatversicherung) ambulant stationär

Familienanamnese:

- Augenkrankheiten der Großeltern, Eltern und Geschwister:

.....

Eigene Krankheiten:

- Unfälle:.....
- Operationen:
- Andere:

Derzeitige Krankheiten:

- Diabetes
- Herzkrankheiten
- Hoher Blutdruck
- Erhöhtes Cholesterin
- KEINE aktuellen Krankheiten
- Schilddrüsenfunktionsstörung
- Rheuma
- Asthma
- Andere:

Haben Sie Allergien?

- Gegen:
- KEINE Allergien

Welche Medikamente (nicht für Augen) verwenden Sie?

.....
.....

- KEINE Medikamente

Befragung zu Ihren Augen:

Welche AUGENPROBLEME haben Sie?

.....

AUGEN-OPERATIONEN ?

.....

Tragen Sie eine BRILLE?

- Fernbrille
- Lesebrille
- Andere (Gleitsicht/Bifokal)
- KEINE Brille

Tragen Sie KONTAKTLINSEN?

- Harte
- Weiche
- KEINE Linsen

Welche AUGENTROPFEN (Augenmedikamente) nehmen Sie?

- derzeit:
- früher:
- KEINE Augentropfen

Wer ist Ihr HAUSARZT?

Name:

Postleitzahl/Ort:

Wer ist Ihr AUGENARZT?

Name:

Postleitzahl/Ort:

Wann war Ihre letzte AUGENKONTROLLE?

.....

Wer ist Ihr OPTIKER?

Name:

Postleitzahl/Ort:

Was erwarten Sie von der heutigen Untersuchung?

.....

.....

.....

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten!

Wir weisen Sie darauf hin, dass die Wartezeiten nicht nur aufgrund Ihres Eintreffens in der Ordination, sondern auch aufgrund der Art Ihrer Untersuchung zustande kommen.

Da diese im Aufwand und Ablauf sehr unterschiedlich sind, kommt es auch zum Teil zu sehr unterschiedlichen Wartezeiten.

Zustimmend zur Kenntnis genommen:

Datum: Unterschrift: