

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Beruf: _____ Rentner/in / Pensionär/in

Tel.: _____ E-Mail: _____

- Ich stimme zu, per Email kontaktiert zu werden, um meine Befunde und gegebenenfalls weitere Informationen zu erhalten.
- Ich wünsche keine Befund- und oder Informationsübermittlung per Email.

Was können wir für Sie tun?

- Ich wünsche eine **Routineuntersuchung**

Bitte beachten Sie unser Angebot zu Vorsorge- und individuellen Gesundheitsleistungen (www.augenpraxis-barleben.de)

- Ich komme auf Grund einer **Überweisung**

Bitte legen Sie den Überweisungsschein vor.

Überweiser/in _____

Grund (Stichwort) _____

- Ich erbitte die **Behandlung bei bekannter Vorerkrankung**

Bitte legen Sie eine Liste mit Diagnosen und Vorbefunden vor.

Hauptdiagnose: _____

Bisherige Augenärzte: _____

Letzte Augenuntersuchung (Datum): _____

- Ich habe **akute Beschwerden**

Sehverschlechterung seit _____ Tagen/Wochen

Schmerzen seit _____ Tagen/Wochen

Rötung/sichtbare Veränderung seit _____ Tagen/Wochen

Blitze- oder Schattensehen seit _____ Tagen/Wochen

tanzende oder schwarze Punkte seit _____ Tagen/Wochen

Sonstiges: _____ seit _____ Tagen/Wochen

- Sonstiges**

Termin erbeten, weil _____

Damit Sie eine gezielte Ansprache und ggf. Therapie erhalten können, füllen Sie bitte die folgenden Fragen in Ruhe und gewissenhaft aus. Kreuzen Sie zutreffendes an und unterstreichen oder ergänzen Sie gegebenenfalls Ihre Angaben.

- | | JA | NEIN |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Können jetzt beide Augen etwa gleich gut sehen?
Besseres Auge? <input type="checkbox"/> rechts/ <input type="checkbox"/> links
Seit wann kann ein Auge schlechter sehen? seit: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Konnten früher und als Kind beide Augen gleich gut Sehen?
Besseres Auge? <input type="checkbox"/> rechts/ <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Wurde in der Kindheit ein Auge abgedeckt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Tragen Sie eine Brille ?
<input type="checkbox"/> Fernbrille/ <input type="checkbox"/> Nahbrille/ <input type="checkbox"/> Gleitsichtbrille
Seit wann haben Sie die aktuelle Brille _____
Wie alt waren Sie in etwa als Sie ihre erste Brille erhielten _____ Jahre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Tragen Sie Kontaktlinsen ?
<input type="checkbox"/> ständig/ <input type="checkbox"/> gelegentlich Typ: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Fahren sie ein Kraftfahrzeug ?
<input type="checkbox"/> Auto/ <input type="checkbox"/> Motorrad/ <input type="checkbox"/> LKW/Bus/Taxi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Gab es bisher einen Unfall oder eine Verletzung der Augen ?
Was/Wann: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Gibt es an den Augen Vorerkrankungen oder Therapien ?
Was? _____
_____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Wurden Sie bereits an den Augen operiert ? | | |
| <input type="checkbox"/> Lider | rechts/links/beidseits | wann _____ |
| <input type="checkbox"/> Hornhaut | rechts/links/beidseits | wann _____ |
| <input type="checkbox"/> Glaukom (Grüner Star) | rechts/links/beidseits | wann _____ |
| <input type="checkbox"/> Linse (Grauer Star) | rechts/links/beidseits | wann _____ |
| <input type="checkbox"/> Netzhaut | rechts/links/beidseits | wann _____ |
| <input type="checkbox"/> Injektionen/IVI | rechts/links/beidseits | wann _____ |
| <input type="checkbox"/> Laserbehandlung | rechts/links/beidseits | wann _____ |
| <input type="checkbox"/> Netzhaut | | |
| <input type="checkbox"/> Nachstar | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | | wann _____ |

Bitte legen Sie selbstständig entsprechende Befunde vor, aus denen hervorgeht was bisher geschehen ist.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

- Schlaganfall - wann _____
- Herzinfarkt - wann _____
- Diabetes seit _____ Typ1 Typ2
- letzter HbA1c (Blutzucker-Langzeitwert) _____
- Diät Tabletten seit _____
- Insulin seit _____
- Diabetische Zusatzerkrankungen Ja Nein
- Nierenfunktionsstörung Nervenschädigung
- Diabetisches Fußsyndrom
- Bluthochdruck
- Dialyse
- Psychisches Leiden
- Neurologische Grunderkrankungen
- Hauterkrankungen
- Nierenfunktionsstörung
- Schilddrüsenüber/-unterfunktion
- Raucher/in
- Rheuma, bitte genauere Angaben zur Diagnose: _____
- Allergien: _____
- Operationen: _____
- Sonstiges: _____
- letzter Krankenhausaufenthalt (wann/warum): _____
- Medikamentenplan eingereicht

Bitte beachten Sie, dass wir auch IGeL anbieten. IGeL bedeutet Individuelle Gesundheitsleistungen. Diese sind nicht Gegenstand des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherungen. Ärzte/innen sind verpflichtet diese anzubieten und aufzuklären. Wir beraten Sie diesbezüglich gerne individuell im Rahmen der Sprechstunde.

In unserem Fall sind das unter anderem

- Glaukomvorsorge
- Optische Kohärenztomografie (OCT)
- Fundusfotografie
- Augenhintergrund-Vorsorge (z.B. bei Kurzsichtigkeit oder familiären Risiken)
- Brillen- und Sehtestbescheinigungen

Datum _____ Ort _____ Unterschrift _____