

Operationen / Laserbehandlung am Auge?

ja / nein Wenn ja, wann und welche? _____

Allgemeine Gesundheitssituation

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes, wenn ja, seit wann? _____ | letzter HbA1c-Wert _____ |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck |
| <input type="checkbox"/> Z.n. Herzinfarkt _____ | <input type="checkbox"/> Z. n. Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Z.n. Thrombose _____ | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung _____ |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung _____ |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung _____ |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A/B/C | <input type="checkbox"/> HIV |
| <input type="checkbox"/> Asthma / <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Arthrose |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen |
| <input type="checkbox"/> AMD | <input type="checkbox"/> Glaukom |
| <input type="checkbox"/> Schwangerschaft - SSW: _____ | <input type="checkbox"/> Demenz |
- Allergien, welche? _____
- Sonstiges: _____
- regelmäßige Medikamente, welche? _____
-

Traten bei Ihren Eltern/Geschwister folgende Erkrankungen auf?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Glaukom/Grüner Star | <input type="checkbox"/> Katarakt/Grauer Star | <input type="checkbox"/> Schielen |
| <input type="checkbox"/> Netzhauterkrankungen/AMD | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Thrombose |
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Asthma/COPD | <input type="checkbox"/> Rheuma | |

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.

Datum, Unterschrift (bei unter 16jährigen gesetzlicher Vertreter)

Bitte bringen Sie den Bogen ausgefüllt zum Termin mit!