

Fragebogen zur Anmeldung und Krankengeschichte
Zutreffendes bitte ankreuzen!

Patient:

Name: _____

Vorname: _____

Geb.Datum: _____

Adresse: _____

Tel. Privat: _____

Tel. Mobil: _____

Beruf: _____

Privatpatient (Rechnungsempfänger):

Name: _____

Vorname: _____

Geb.Datum: _____

Adresse: _____

Krankenkasse: _____

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen
Dienstes? ☐ ja ☐ nein

Wer ist Ihr Hausarzt?

Leiden Sie an einer der nachfolgenden Erkrankungen?

☐ Allergien?

☐ Bluthochdruck?

☐ Gerinnungsstörungen?

☐ Herz-/Kreislaufkrankungen?

☐ Diabetes?

☐ Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, HIV)?

☐ Schilddrüsenerkrankungen?

☐ Magen-/Darm- oder Nierenerkrankungen?

☐ Migräne oder Kopfschmerzen?

☐ Asthma?

☐ Nehmen Sie Blutgerinnungsmittel (z.B. ASS, Marcumar, Iscover, usw.)?

☐ Glaukom

Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche?

Woche:.....

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein ?

Bitte wenden !!!

Was ist der Grund für Ihren Augenarztbesuch?

Wann haben Sie Ihre erste Brille bekommen?

Sind Sie bereits an den Augen operiert worden? **ja** ☐ **nein** ☐

wenn ja:

Wann	Wo	Art der Operation
Beispiel: 1995	Uniklinik Köln	Grauer Star

Dormagen, den _____
Datum Unterschrift

Selbstverständlich werden Ihre Angaben vertraulich behandelt.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

Ihr Praxisteam

Erstellt von: N. Quings	Geändert von: N. Quings	Freigegeben durch: Dr. med. O. Zolotar
Datum: 10/2021	Datum: 09/2023	Datum: 09/2023