

*Bitte gut leserlich in Druckschrift ausfüllen

Name, Vorname:			geb.:		
Adresse:					
Rechnungsadresse/-empfänger (falls abweichend):					
Telefon:			Handy:		
E-Mail:			Beruf:		
Krankenkasse:			Rezeptgebühr befreit: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Zusatzversicherung:					
Augenarzt:			Ort:		
Hausarzt:			Ort:		
Fragen zu Allgemeinerkrankungen			Fragen zu Augenerkrankungen		
	Ja	Nein		Ja	Nein
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Netzhauterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grauer Star (Katarakt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grüner Star (Glaukom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entzündungen im Auge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenkerkrankungen / Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	frühere Verletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brille seit:		
Schilddrüsenenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges:		
Infektionskrankheiten (z.B. Gelbsucht, TBC, HIV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Frühere schwere Erkrankungen			Vorbehandlung des Auges wegen		
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grünem Star	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
allergischer Schock	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trockenem Auge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:			Sonstiges:		
Frühere große Operationen			Bisherige Augenoperationen wegen		
Bypass-Operation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Sonstige:					
Allgemeinmedizinische Medikamente			Augenmedikamente		
Medikamente gegen Prostatahypertrophie					

 Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ein Befundbericht an meinen Hausarzt übersandt wird.

Datum

Unterschrift