

# Anmeldung



## Patient:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

## Hauptversicherter:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon (privat)

\_\_\_\_\_  
Telefon (mobil)

\_\_\_\_\_  
Telefon (dienstlich)

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
Beruf

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse

Gibt es eine Faktorreduzierung in Ihrem Tarif?  Nein  Ja (Bitte Nachweis Ihrer Versicherung vorlegen)

Haben Sie eine Gebührenbefreiung für Zuzahlungen?  Ja, bis \_\_\_\_\_  Nein

Sind Sie beihilfeberechtigt?  Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift des Augenarztes

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift des Hausarztes

Welche Vorerkrankungen liegen bei Ihnen vor? (Bitte ankreuzen)

### Augen:

- Grauer Star
- Grüner Star
- Lider
- Netzhaut
- Makula
- Schielen

### Allgemeinerkrankungen:

- Herz/Kreislauf
- Bluthochdruck
- Schilddrüsenüberfunktion
- Schilddrüsenunterfunktion
- Rheuma
- Asthma

Zucker (Diabetes)

seit wann: \_\_\_\_\_

HbA1C-Wert: \_\_\_\_\_

Insulin  Tabletten

Diät

– Bitte beachten Sie die Rückseite –

Andere: \_\_\_\_\_  Bluter  Allergien: \_\_\_\_\_

Bestehen weitere schwerere Erkrankungen?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente?

Für die **Augen**: \_\_\_\_\_

Für die **Allgemeinerkrankungen**: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig **blutverdünnende** Medikamente?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wurden bereits Augenoperationen durchgeführt?  Ja  Nein

Wenn ja, welches Auge wurde wann und wo operiert? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tragen Sie eine Brille?  Ja  Nein

Tragen Sie Kontaktlinsen?  harte  weiche  keine

Wünschen Sie sich eine  
Brillenunabhängigkeit?  Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in oder  
gesetzliche/r Vertreter/in

**Einverständniserklärung der/s Patientin/en zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden an den Hausarzt/weiterbehandelnden Arzt gem. § 73 Abs. 1 b SGB V**

- Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten und Befunde durch den behandelnden Augenarzt an den umseitig genannten Haus-/weiterbehandelnden Arzt zur Dokumentation und zur weiteren Behandlung übermittelt werden.
- Ich bin damit einverstanden, dass beide umseitig genannten Haus-/weiterbehandelnden Arzt vorliegende Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Behandlung erforderlich sind, durch den behandelnden Augenarzt angefordert werden können.

Mir ist bekannt, dass diese Einverständniserklärung auf freiwilliger Basis erfolgt. Ich bin darüber informiert, dass ich meine Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in oder  
gesetzliche/r Vertreter/in