



Augenarztpraxis AltenKirchen
Dr. med. Thomas Wehler
Facharzt für Augenheilkunde
Wilhelmstr. 32
Schlossweg 2
57610 Altenkirchen
Tel 02681 - 1651
Fax 02681 - 6094
Mail info@ak-augenarzt.de
Net www.ak-augenarzt.de

Liebe Patientin, lieber Patient.

Wir haben vor der geplanten ambulanten Operation noch einige Fragen, die Ihre Gesundheit betreffen. Bitte füllen Sie diesen Zettel sorgfältig aus.

Name, Vorname, geb.:

Größe: cm **Gewicht:** kg

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Krankheiten?

(Bitte **ankreuzen**, **unterstreichen** bzw. **ergänzen!**)

- Herzerkrankungen** (z.B. Herzinfarkt, Herzfehler, Herzschwäche, Herzmuskelentzündung, Herzrhythmusstörungen)
- Kreislaufferkrankungen** (z.B. hoher oder zu niedriger Blutdruck, Kreislaufschwäche, Schlaganfall, Atemnot beim Treppensteigen)
- Lungen- und Atemwegserkrankungen** (z.B. Lungenentzündung, Asthma, Bronchitis)
- Lebererkrankungen** (z.B. Gelbsucht, Fettleber, Leberzirrhose)
- Nierenerkrankungen** (z.B. Nierenentzündung, Nierenschwäche)
- Stoffwechselerkrankungen** (z.B. Zuckerkrankheit, Schilddrüse)
- Nervenleiden** (z.B. Krampfleiden, Lähmungen, Depressionen)
- Erkrankungen** des Skelettsystems (z.B. Muskelschwäche)
- Bluterkrankungen** oder Gerinnungsstörungen (z.B. Neigung zu Blutergüssen)
- Allergien** (z.B. gegen Medikamente, Penicillin, Pflaster)
- Leiden Sie an einer anderen, oben nicht aufgeführten Erkrankung?
- Welche **Medikamente** nehmen Sie ein?

Mit einer Speicherung dieser Erklärung auf elektronische Medien bin ich einverstanden.

Datum:

Unterschrift: _____

Durch Ihre 2. Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die Datenschutzhinweise der Augenarztpraxis (Aushang in der Praxis oder Vorlage in der Praxis oder auf der Homepage: www.ak-augenarzt.de) gelesen haben.

Datum:

Unterschrift: _____