



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

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes. Alle Angaben sind freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Anschrift _____
Tel. _____ : _____ E-Mail _____
Hausarzt _____ Beruf _____

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen / Infektionen? (Bitte zutreffendes ankreuzen!)

- | | | | |
|---|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörung | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Asthma/COPD |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> bösartige Krebserkrankung, wenn ja welche: _____ | | | <input type="checkbox"/> sonstiges _____ |

Größe: _____ **Gewicht:** _____

Liegen bei Ihnen Allergien vor? Ja / Nein Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein? Ja / Nein Wenn ja, welche?

Ist bei Ihnen eine Augenerkrankung bekannt? Ja / nein Wenn ja, welche? _____

Gibt es Augenkrankheiten in der Familie? Ja / Nein Wenn ja, welche? _____

Haben Sie als Kind geschielt? Ja / Nein **Ist eine Sehschwäche bekannt?** rechts / links / nein

Hatten Sie eine Verletzung des Auges? Ja / Nein Wenn ja, welche? _____

Wurden Sie bereits an den Augen operiert / gelasert? Ja / Nein Wenn ja, welche OP? _____

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

Vielen Dank für Ihre Mithilfe,
Ihr Praxisteam der Augenarztpraxis AltenKirchen

Datum: _____ **Unterschrift:** _____