



**AUGENARZTPRAXIS**  
Dr. med. Harald Pöstgens  
Petra Lange-Wenski

Name, Vorname des Patienten Geb.-Datum **Telefon-Nr.**

Straße PLZ Ort

Krankenkasse / Falls **nicht** selbstversichert: Name, Vorname und Geb.-Datum des Hauptversicherten

Beihilfe?  Ja  Nein (Bitte ankreuzen)

Falls Privatversichert: Krankenkasse

Beruf **Hausarzt** Name des früheren Augenarztes

**Befreit von Zuzahlungen:**  Ja bis wann \_\_\_\_\_  Nein

Zur Gewährleistung einer komplikationslosen Behandlung bitten wir Sie um genaue Angaben zu Vorerkrankungen, Operationen und Medikamente!

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?:**  Ja  Nein

**Wenn ja, welche?:**

- ASS
- Marcumar
- \_\_\_\_\_

Welche Vorerkrankungen liegen bei Ihnen vor? (Bitte ankreuzen)

**Augen:**

- Schielen
- Grauer Star (Cataract)
- Grüner Star (Glaukom)
- Netzhauterkrankungen

\_\_\_\_\_

**Allgemeinerkrankungen:**

- Herz / Kreislaufstörungen
- Hoher Blutdruck
- Asthma
- Zucker (**Diabetes**)  
wenn ja, **seit wann?** \_\_\_\_\_
- Schilddrüsenerkrankung
- Rheuma
- Hepatitis
- Allergien: \_\_\_\_\_

**Augenoperationen**, die bereits durchgeführt worden sind (Was, Wann und Wo ?)

**Sind sie Brillenträger/in?**  Ja  Nein

**Brillenart:**

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass für meine elektronische Patientenakte ein Passfoto erstellt wird. (bessere und schnellere Identifizierung im Rahmen des Qualitätsmanagement)

Ihre Daten werden bei uns mittels EDV erfasst und ausgewertet. Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Weitergabe meiner erforderlichen personenbezogenen Daten an mich, mitbehandelnde Ärzte und einen Rechtsanwalt zum Zwecke der Einziehung einer ärztlichen Honorarforderung.

Ich wurde über ein Fahrverbot bei der Gabe von pupillenerweiternden Augentropfen aufgeklärt.

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift