

Name, Vorname: _____ Tel.: _____ Geb.: _____

Privat-/ oder Zusatzversicherung für stationären Aufenthalt: JA, welche: _____ NEIN

Stationärer Aufenthalt Versichert für: 1 Bett 2 Bett Chefarztbehandlung/Wahlleistung

Behandelnder Augenarzt: _____ Hausarzt / Internist: _____

COVID 19 - Status : vollständig geimpft genesen unbekannt

Allergien / Unverträglichkeiten: Jod Latex Soja Penicillin Pflaster Konservierungsmittel
 Sonstige: _____

Blutverdünner: ASS Marcumar/Phenprocoumarin Plavix Pradaxa Eliquis
 Sonstige: _____ NEIN

Infektionserkrankungen: Hepatitis A Hepatitis B Hepatitis C HIV MRSA
 Sonstige: _____ NEIN

Anamnese: Augen

Verwenden Sie regelmäßig Augentropfen / Augensalbe?

JA, welche und wie oft: Rechts Auge: _____ NEIN

JA, welche und wie oft: Linkes Auge: _____ NEIN

Augenoperation / Laserbehandlung JA, welche: _____ NEIN

Ist bei Ihnen erhöhter Augeninnendruck (Grüner Star / Glaukom) bekannt? JA NEIN

Haben Sie als Kind mit beiden Augen gleich gut gesehen? JA NEIN

Haben Sie geschiel? JA, welches Auge: Rechts Links Beidseits NEIN

Anamnese: Allgemeine Erkrankungen

Asthma JA, seit wann: _____ Medikamente: _____ NEIN

Bluthochdruck JA _____ Medikamente: _____ NEIN

Diabetische Erkrankung (Zuckererkrankung) JA, Typ: _____ seit wann: _____ Medikamente: _____
 Diät Insulin NEIN

Herzinfarkt JA, wann: _____ NEIN

Rheumatische Erkrankung JA, seit wann: _____ Medikamente: _____ NEIN

Prostataerkrankung JA, seit wann: _____ Medikamente: _____
 Tamsulosin NEIN

Schlaganfall JA, wann: _____ NEIN

Sonstige Erkrankungen/Medikamente JA, welche: _____ NEIN

Datum: _____ Unterschrift Patient*in: _____