

**Zentrum für Endokrinologie, Innere Medizin und Augenheilkunde
im
Fachärzteezentrum HANSE GmbH**

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Telefon priv.: _____ geschäftl.: _____

E-Mail.: _____ Handy: _____

Hausarzt: _____

Wegen welcher Beschwerden kommen Sie jetzt in die Praxis?

Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen? Wenn ja, bitte Werte notieren, falls vorhanden.

Leiden Sie unter Allergien? nein, ja, welche?

Augenerkrankungen:

- | | | |
|--|--|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Glaukom | <input type="radio"/> Maculadegeneration | <input type="radio"/> Schielen |
| <input type="radio"/> Netzhauterkrankungen | <input type="radio"/> trockenes Auge | <input type="radio"/> tränende Augen |

Andere Erkrankungen der Augen oder Augenoperationen:

Vorerkrankungen:

- | | | |
|--|---|------------------------------|
| <input type="radio"/> Diabetes mellitus | <input type="radio"/> rheumatoide Arthritis | <input type="radio"/> andere |
| <input type="radio"/> Bluthochdruck | <input type="radio"/> Nervenerkrankungen | |
| <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="radio"/> Depression | |

- bitte wenden -

Welche Medikamente (auch Augentropfen) nehmen Sie zurzeit ein und in welcher Dosierung?

Medikamente	morgens	mittags	abends	nachts

Welche Krankheiten gibt es in der Familie? (Eltern, Großeltern, Geschwister, Kinder)

Ich bin damit einverstanden, dass die mich behandelnden Ärzte über die Untersuchungsergebnisse informiert werden.

- Ja.
- Nein.

Die Bestimmungen der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) werden in unserer Praxis umgesetzt und liegen in der Praxis aus oder können auf unserer Homepage eingesehen werden (www.fachaerztezentrum-hanse.de).

Datum: _____

Unterschrift: _____