



**AUGENÄRZTE**  
GERL, KRETZ & KOLLEGEN

## Anmeldung

### Patient:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

### Hauptversicherter:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon (Privat)

\_\_\_\_\_  
Telefon (Mobil)

\_\_\_\_\_  
Telefon (Dienstlich)

\_\_\_\_\_  
E-Mail Adresse

\_\_\_\_\_  
Beruf

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse

Haben Sie eine Gebührenbefreiung für Zuzahlungen?  Ja, bis \_\_\_\_\_  Nein

Sind Sie Beihilfe berechtigt?  Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
Name, Anschrift des Augenarztes

\_\_\_\_\_  
Name, Anschrift des Hausarztes

Welche Vorerkrankungen liegen bei Ihnen vor? (Bitte ankreuzen)

#### Augen:

- Grauer Star
- Grüner Star
- Lider
- Netzhaut
- Makula
- Schielen
- Andere: \_\_\_\_\_

#### Allgemeinerkrankungen:

- Herz/Kreislauf
- Hoher Blutdruck
- Schilddrüsenüberfunktion
- Schilddrüsenunterfunktion
- Rheuma
- Asthma
- Bluter
- Allergien: \_\_\_\_\_

- Zucker (Diabetes)  
seit wann: \_\_\_\_\_  
HbA1C Wert: \_\_\_\_\_
- Insulin  Tabletten
- Diät

**- Bitte beachten Sie die Rückseite -**

Bestehen weitere wichtige Erkrankungen?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente?

Für die **Augen** \_\_\_\_\_

Für die **Allgemeinerkrankungen** \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig **blutverdünnende** Medikamente?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Wurden bereits Augenoperationen durchgeführt?  Ja  Nein

Wenn ja, welches Auge wurde wann und wo operiert? \_\_\_\_\_

Tragen Sie eine Brille?  Ja  Nein

Tragen Sie Kontaktlinsen?  harte  weiche  keine

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in oder  
gesetzlicher Vertreter

**Einverständniserklärung der/s Patientin/en zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden an den Hausarzt/weiterbehandelnden Arzt/gem. § 73 Abs. 1 b SGB V)**

- Ich bin einverstanden, dass meine Behandlungsdaten und Befunde durch den behandelnden Augenarzt an den umseitig genannten Haus-/weiterbehandelnden Arzt zur Dokumentation und zur weiteren Behandlung übermittelt werden.
- Ich bin damit einverstanden, dass beim umseitig genannten Haus-/weiterbehandelnden Arzt vorliegende Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Behandlung erforderlich sind, durch den behandelnden Augenarzt angefordert werden können.

Mir ist bekannt, dass diese Einverständniserklärung auf freiwilliger Basis erfolgt. Ich bin darüber informiert, dass ich jederzeit meine Einverständniserklärung ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in oder  
gesetzlicher Vertreter