



PATIENTENDATENBLATT – AUGENARZT RUBEY

Vor- und Nachname: _____ Titel: _____

Krankenkasse: _____ Vers.Nr.: _____ Geb.Datum: _____

Adresse: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____ Tel.Nr.: _____

ALLGEMEINE ERKRANKUNGEN:

- Bluthochdruck
- Diabetes seit: _____ Insulin ja nein
- Erhöhte Blutfette
- Schlaganfall
- Herzinfarkt
- COPD/Asthma
- Neurologische Erkrankungen
- Sonstiges: _____

AUGENERKRANKUNGEN

ja _____ nein

AUGENERKRANKUNGEN IN DER FAMILIE (Glaukom, Makuladegeneration/AMD)

ja _____ nein

ALLERGIEN

ja _____ nein

OPERATIONEN

ja _____ nein

MEDIKAMENTE

ja _____ nein

Mit meiner Unterschrift stimme ich einer Behandlung in der Ordination Dr. Rubey zu und bin mit der Verarbeitung und Weiterleitung meiner personenbezogenen Gesundheitsdaten (gemäß DSGVO 2018) einverstanden.

Ich wurde aufgeklärt nach Pupillenerweiterung kein Auto lenken zu dürfen.

Datum: _____

Unterschrift _____