



PATIENTENDATENBLATT – AUGENARZT RUBEY

Vor- und Nachname: _____ Titel: _____

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

Adresse: _____

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

ALLGEMEINE ERKRANKUNGEN:

- Bluthochdruck
- Diabetes seit: _____ HbA1c (%): _____ Insulin nein ja, seit _____
- Erhöhte Blutfette
- Schlaganfall
- Herzinfarkt
- COPD
- Asthma
- Neurologische Erkrankung: _____
- Sonstiges: _____

ALLERGIEN

nein ja _____

AUGENERKRANKUNGEN

nein ja _____

AUGENERKRANKUNGEN IN DER FAMILIE (Glaukom, Makuladegeneration/AMD)

nein ja _____

ALLGEMEINE OPERATIONEN

nein ja _____

ALLGEMEINE MEDIKAMENTE

nein ja _____

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 _____