



## PATIENTENDATENBLATT – AUGENARZT RUBEY

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_ Titel: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Vers.Nr.: \_\_\_\_\_ Geb.Datum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Tel.Nr.: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

War die letzte augenärztliche Untersuchung (Datum: \_\_\_\_\_) unauffällig?

ja       nein \_\_\_\_\_

### ALLGEMEINE ERKRANKUNGEN:

- Bluthochdruck
- Diabetes seit: \_\_\_\_\_ HbA1c (%): \_\_\_\_\_ Insulin  nein  ja, seit \_\_\_\_\_
- Erhöhte Blutfette
- Schlaganfall, wann: \_\_\_\_\_
- Herzinfarkt, wann: \_\_\_\_\_
- 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, SMS, Email, Befundversand) einverstanden.

Ich wurde aufgeklärt nach Pupillenerweiterung kein Auto lenken zu dürfen.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_