



## 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 \_\_\_\_\_