

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_

Privat-/ oder Zusatzversicherung für stationären Aufenthalt:  JA, welche: \_\_\_\_\_  NEIN

Stationärer Aufenthalt Versichert für:  1 Bett  2 Bett  Chefarztbehandlung/Wahlleistung

Behandelnder Augenarzt: \_\_\_\_\_ Hausarzt / Internist: \_\_\_\_\_

COVID 19 - Status :  vollständig geimpft  genesen  unbekannt

Allergien / Unverträglichkeiten:  Jod  Latex  Soja  Penicillin  Pflaster  Konservierungsmittel  
 Sonstige: \_\_\_\_\_

Blutverdünner:  ASS  Marcumar/Phenprocoumarin  Plavix  Pradaxa  Eliquis  
 Sonstige: \_\_\_\_\_  NEIN

Infektionserkrankungen:  Hepatitis A  Hepatitis B  Hepatitis C  HIV  MRSA  
 Sonstige: \_\_\_\_\_  NEIN

### Anamnese: Augen

Verwenden Sie regelmäßig Augentropfen / Augensalbe?

JA, welche und wie oft:  Rechts Auge: \_\_\_\_\_  NEIN

JA, welche und wie oft:  Linkes Auge: \_\_\_\_\_  NEIN

Augenoperation / Laserbehandlung  JA, welche: \_\_\_\_\_  NEIN

Ist bei Ihnen erhöhter Augeninnendruck (Grüner Star / Glaukom) bekannt?  JA  NEIN

Haben Sie als Kind mit beiden Augen gleich gut gesehen?  JA  NEIN

Haben Sie geschickt?  JA, welches Auge:  Rechts  Links  Beidseits  NEIN

### Anamnese: Allgemeine Erkrankungen

Asthma  JA, seit wann: \_\_\_\_\_ Medikamente: \_\_\_\_\_  NEIN

Bluthochdruck  JA \_\_\_\_\_ Medikamente: \_\_\_\_\_  NEIN

Diabetische Erkrankung (Zuckererkrankung)  JA, Typ: \_\_\_\_\_ seit wann: \_\_\_\_\_ Medikamente: \_\_\_\_\_  
 Diät  Insulin  NEIN

Herzinfarkt  JA, wann: \_\_\_\_\_  NEIN

Rheumatische Erkrankung  JA, seit wann: \_\_\_\_\_ Medikamente: \_\_\_\_\_  NEIN

Prostataerkrankung  JA, seit wann: \_\_\_\_\_ Medikamente: \_\_\_\_\_  
 Tamsulosin  NEIN

Schlaganfall  JA, wann: \_\_\_\_\_  NEIN

Sonstige Erkrankungen/Medikamente  JA, welche: \_\_\_\_\_  NEIN

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient\*in: \_\_\_\_\_