

Wir möchten Sie herzlich in unserer Praxis willkommen heißen und bitten Sie, den nachfolgenden Anamnesebogen auszufüllen. Dieser dient dazu, Begleiterkrankungen zu ermitteln und Ihre bereits verschriebenen Medikamente bei der Medikamentenauswahl zu berücksichtigen.  
Wir behandeln Ihre Angaben im Anamnesebogen als Teil der Patientenakte streng vertraulich.  
Zutreffendes bitte ankreuzen und unterstreichen bzw. ergänzen.  
Bei Bedarf helfen wir Ihnen gerne beim Ausfüllen.

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Festnetznummer: \_\_\_\_\_

Mobilnummer: \_\_\_\_\_

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

E-Mail: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

1. Name des **Hausarztes** (bitte Ort mit angeben)

\_\_\_\_\_

2. Name des überweisenden **Augenarztes** (bitte Ort mit angeben)

\_\_\_\_\_

3. Ggf. Name der gerichtlich benannten Betreuungsperson

\_\_\_\_\_

4. Besteht bei Ihnen eine **Allergie**?  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

5. Nehmen Sie **Medikamente**?  Ja  Nein

Wenn ja, bitte listen Sie alle auf.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Sind Sie **Diabetiker**?  Ja  Nein

Wenn ja:  Typ I  Typ II

Behandlung mit:  Tabletten  Spritzen

Letzter HbA1c (Langzeitblutzuckerwert) Wert:

---

7. Sind Sie **dialysepflichtig**?  Ja  Nein

8. Besteht/Bestand eine **Herz-Kreislauf-Erkrankung** (z. B. Herzfehler, Herzklappenfehler, Angina pectoris, Herzinfarkt, Schlaganfall, Rhythmusstörungen, Herzmuskelentzündungen, hoher Blutdruck)?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? Jahr:

---

---

9. Leiden Sie unter folgenden Erkrankungen: **Tuberkulose, HIV-Infektion, Hepatitis, Rheuma, MRSA (Krankenhauskeim), Schilddrüsenerkrankung, Epilepsie**?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? Jahr:

---

---

10. Hatten Sie schon eine **Augen-Operation / Laserung**?  Ja  Nein

Jahr:

---

11. Tragen Sie **Kontaktlinsen**?  Ja  Nein

Wenn ja, welche?  hart  weich

12. Nehmen Sie regelmäßig **Augentropfen**?  Ja  Nein

Wenn ja, bitte führen Sie diese auf.

---

---

---

13. Sind sie aktuell schwanger?  Ja  Nein

14. Sonstige Angaben

---

Datum, Unterschrift des Patienten bzw. der Betreuungsperson

## **Einverständniserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten gemäß § 73 Abs. 1b SGB V**

Als Sie behandelnde Leistungserbringer sind wir verpflichtet, Ihre Behandlungsdaten und Befunde mit Ihrer Zustimmung zum Zwecke der bei dem Haus-/Augenarzt durchzuführenden Dokumentation und der weiteren Behandlung zu übermitteln. Des Weiteren ist der Haus-/Augenarzt mit Ihrer Zustimmung verpflichtet, die für die Behandlung erforderlichen Daten und Befunde an uns zu übermitteln.

Daher möchten wir Sie fragen, ob Sie eine solche Datenübermittlung zwischen Ihrem Haus-/Augenarzt (Seite 1-2 des Anamnesebogens) und uns wünschen.

Hiermit erkläre ich,

---

Vorname, Name (ggf. Name der Betreuungsperson)

mich damit einverstanden.

Ich bin berechtigt, gemäß § 73 Abs. 1b SGB V diese Einverständniserklärung jederzeit für die Zukunft zu widerrufen.

Gerne können Sie eine Kopie dieser Unterlagen erhalten, sofern Sie dies wünschen.

- ich wünsche keine Kopie  
 ich wünsche eine Kopie

---

Datum, Unterschrift des Patienten bzw. der Betreuungsperson