

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

**wir freuen uns, Sie erstmalig zur Sprechstunde auf Helgoland begrüßen zu dürfen.**

Die kompetente ärztliche – auch augenärztliche! – Beratung erfordert eine gute Kenntnis Ihrer medizinischen Vorgeschichte. Um Ihnen ausreichend Zeit zum Beantworten zu geben, senden wir Ihnen vor Ihrem Termin diesen Fragebogen zu. Wir bitten Sie, ihn gut, genau und leserlich ausgefüllt zu Ihrem Termin mitzubringen.

Alle Angaben, die Sie machen, unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden von uns streng vertraulich behandelt. Wir werden Ihre Daten auch **nicht für eigene Werbezwecke** verwenden. **Alle Angaben sind freiwillig.**

---

Block 1: Kontaktinformationen

**Name, Vorname:**

**Geburtsdatum:**

**Adresse:**

**Telefon:**      **privat:**  
                         **mobil:**

**dienstlich:**

**Email:**

**Möchten Sie von uns per Email ( ) oder per SMS ( ) an Ihre Termine erinnert werden?**

---

Block 2: Medizinische Verwaltung / Arztkontakte

**Krankenkasse:**

**Bei privat Versicherten** ggf. abweichenden Rechnungsempfänger angeben:

**Kinder-/Hausarzt, Praxisanschrift:**

**Sind sie wegen Diabetes im DMP-Programm (Hausarzt, Diabetologe) registriert? ( )**

**Dürfen wir Ihre Daten den Augenärzten des AZSH (Sprechstunde auf der Insel in geraden Monaten) zur Verfügung stellen? ( ) ja ( ) nein**

---

Block 3: Vorgeschichte

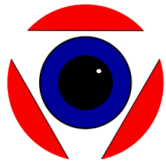
**- Ausgeübter Beruf / Tätigkeit:**

**- Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? ( ) ja ( ) nein ( ) unsicher**

**- Fahren Sie Auto? ( ) ja ( ) nein**

**- Welche Medikamente nehmen Sie dauerhaft ein (Name, Dosierung, seit wann)?**

Bitte wenden.



**Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen? Falls ja, seit wann?**

- Herz-Kreislauferkrankungen       Hoher Blutdruck  
 Migräne       Schilddrüsenerkrankung  
 Gerinnungsstörung/Bluterkrankheit       Diabetes. Falls ja  Typ I  Typ II  
 Allergien. Falls ja, wogegen:  
 Rheuma. Falls ja, wie heißt die Krankheit genau?
- 

Block 4: Anlaß Ihres Besuches

**Was können wir für Sie tun bzw. wegen welcher Beschwerden kommen Sie?**

- Brille verordnen     Kontaktlinsen anpassen     Vorsorge ohne Beschwerden
- schlechte Fernsicht     schlechte Nahsicht  
 Augenflimmern     Kopfschmerzen     Gesichtsfeldausfall  
 Schwebende Fusseln     Punkt/Blitzwahrnehmung  
 Doppelbilder     Schielen     Fremdkörper(gefühl)  
 Brennen/Tränen     Rötung/Schwellung     Verklebungen

**Sonstige:**

---

Block 5: augenärztliche Vorgeschichte

**Bei welchem/r Augenarzt/ärztin waren Sie zuletzt? Wann war das?**

**Wurden Sie bereits an den Augen operiert (wann, woran, welche Seite)?**

**Leiden Sie an  grauem Star oder  grünem Star oder  AMD?**

**Nehmen Sie regelmäßig Augentropfen ein? Falls ja, welche, wie oft, seit wann?**

**Wann hatten Sie Ihre erste Fernbrille? \_\_\_\_\_ ... Nahbrille? \_\_\_\_\_**

**Von wann ist Ihre neueste Brille? \_\_\_\_\_**

**Ist sie vom  Optiker  Augenarzt  Discounter**

**Falls Sie Kontaktlinsen tragen, wann zum ersten Mal? \_\_\_\_\_**

**Wann haben Sie Ihre Kontaktlinsen zuletzt getragen? \_\_\_\_\_**

**Sind es  harte oder  weiche? Wer hat sie angepaßt?**

---

Vielen Dank für Ihre Auskunft.

Datum, Unterschrift: