



Anmeldung

| | |
|---|--|
| Name, Vorname | Geburtsdatum |
| Straße, Hausnummer | Postleitzahl, Wohnort |
| Telefon/Mobilnummer | E-Mail |
| Name, Vorname der/des Sorgeberechtigten | Geburtsdatum der/des Sorgeberechtigten |

Haben Sie einen gesetzlichen Betreuer?

Ja

Nein

Haben Sie eine Gebührenbefreiung?

Ja

Nein

Name und Anschrift Ihres Hausarztes:

Name Ihrer Krankenkasse, Krankenversicherung und/oder Beihilfe:

| Anamnese: | |
|--|---|
| Bitte entsprechendes ankreuzen oder ausfüllen | |
| Diabetes mellitus Typ | Sind bei Ihnen Augenerkrankungen bekannt? |
| Herz- und Kreislauferkrankungen | Glaukom (Grüner Star) |
| Bluthochdruck | Cataract (Grauer Star) |
| Herzrhythmusstörungen | Maculadegeneration |
| Herzinfarkt | Schielen |
| Schilddrüsenerkrankungen | Andere, welche: |
| Überfunktion | Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen? |
| Unterfunktion | Nehmen Sie Augenmedikamente? |
| Andere: | Nein |
| Rheuma | Ja, bitte angeben: |
| Blutverdünner: | Wurden Sie bereits an den Augen operiert? |
| Nehmen Sie regelmäßig Cortison ein? | Nein |
| Infektionskrankheiten: | Ja, bitte angeben: |
| Allergien: | Bestehen familiäre Augenerkrankungen? |
| Sonstige Erkrankungen oder Medikamente: | wenn ja, welche: |

Ich bestätige alle Angaben korrekt ausgefüllt zu haben.

Steinfurt, den

X

Patient/Sorgeberechtigter/Betreuer

Dr.med. Philip Al-Romhein