Augenärzte Haßloch
Dr. med. Jeanne Kolling-Pfeil
Dr. med. Eugen-Dirk Demmer

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
herzlich willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes.

Patient ……...
Name Vorname Geb.-Datum

Anschrift ……
Straße/Hausnummer Postleitzahl Wohnort

Tel. (Privat) …… E-Mail ……

Tel. (Mobil) …… Beruf ……

Hausarzt …….. Größe …… Gewicht ……..……...

Tragen Sie eine Brille? □ ja / □ nein **Kontaktlinsen?** □ ja / □ nein **Fahren Sie Auto?** □ ja / □ nein

Haben Sie in der Kindheit geschielt? □ ja / □ nein **Arbeiten Sie am Computer?** □ ja / □ nein

Rauchen Sie? □ ja / □ nein / □ aufgehört Wenn ja, wie viel am Tag? _____ Seit wann? _____

Treiben Sie Sport? □ ja / □ nein Wenn ja, wie viele Stunden pro Woche? _____

Sind Sie Schwanger? □ ja / □ nein **Allergien?** □ ja / □ nein Wenn ja, welche: _____

Leiden Sie unter Schlafstörungen? □ ja / □ nein Wenn ja, an wie vielen Tagen pro Woche? _____

Operationen (Auge)? □ ja / □ nein Wenn ja, welche (wenn möglich bitte mit Jahreszahl):

_____

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/ Infektionen?

□ Bluthochdruck	□ Thrombose	□ Herzinfarkt	□ Schlaganfall	□ Diabetes
□ Lebererkrankung	□ Nierenerkrankungen	□ Asthma / COPD	□ Arthrose	□ Osteoporose
□ Migräne	□ Reizdarm	□ AMD	□ Glaukom	□ Rückenschmerzen
□ Krebserkrankungen	□ Schilddrüsenerkr.	□ Rheuma	□ Hepatitis / HIV	□ sonstiges

Traten in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern) folgende Erkrankungen auf?

□ Bluthochdruck	□ Thrombose	□ Herzinfarkt	□ Schlaganfall	□ Diabetes
□ Krebserkrankungen	□ Allergien	□ Asthma / COPD	□ Arthrose	□ Migräne

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein? □ ja / □ nein □ Verhütungsmittel (z.B. Pille, Spirale)

Welche? _____

Kontakt zu unserer Praxis / Empfehlung durch: _____

□ Arzt □ Familie □ Bekannte(r) □ Telefonbuch □ Zeitung □ Internet □ Praxisschild □ Sonstiges

Dürfen wir Sie über neuste medizinische Erkenntnisse informieren? □ ja / □ nein

Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung
Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Praxis zu. Ferner erkläre ich mich einverstanden, dass die Praxis mich betreffende medizinische Daten bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zweck der Mitbehandlung anfordern darf. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

....
Datum Unterschrift