

Persönliche Angaben (Bitte in Blockschrift ausfüllen)

Vorname

Nachname

Geschlecht m w d

Geburtsdatum

Strasse und Nr.

PLZ und Wohnort

Mobil**E-Mail**

Beruf

Arbeitgeber

Notfall-Kontaktadresse und -Telefon

Hausärztin/Arzt

Krankenversicherung

Versicherten-Nr.

Gesetzliche Vertretung (Bitte ausfüllen sofern gegeben und nicht identisch mit Personalien der Patientin / des Patienten)

Institution

Vorname

Nachname

Strasse und Nr.

PLZ und Wohnort

Tel./Mobil

E-Mail

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriffen auf die Daten durch die Ärztin oder den Arzt sowie der Weitergabe der Daten an Dritte gemäss Patienteninformation auf der folgenden Seite einverstanden bin.

Ich bin mir möglicher Risiken des Datenaustausches von besonders schützenswerten Personendaten (mögliche Einsicht von unberechtigten Dritten bei unsicheren Kommunikationswegen) sowie meiner Rechte bewusst und gebe mein Einverständnis für den gegenseitigen Kontakt zwischen meiner Ärztin / meinem Arzt und mir als Patient/in durch die oben angegebenen Kontaktinformationen. Patienteninformationen werden seitens der Arztpraxis ausschliesslich über gesicherter Kommunikationswege weitergegeben. Ich bin einverstanden, dass administrative Anliegen wie zum Beispiel Terminverschiebungen mit unverschlüsselter E-Mail-Kommunikation (@hin-Adresse zu Empfängeradresse wie @bluewin.ch, @gmail.com etc.) erfolgen.

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) sieht vor, dass Patientinnen und Patienten eine Kopie der Arztrechnung erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift

Termine, die nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, können zu Ihren Lasten verrechnet werden. Wir bitten Sie um rechtzeitige Information.

Interne Patientennummer: _____

Patientenanamnese

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

1. Nehmen Sie regelmässig **Medikamente** ein? Ja oder Nein (bitte zutreffendes unterstreichen)

Wenn ja, welche?

2. Gab/Gibt es in Ihrer **Familie Brillenträger oder Augenoperationen**?

Ja oder Nein (bitte zutreffendes unterstreichen)

Wenn Operationen, bitte angeben was für eine und wer.

3. Sind **Sie** bereits **Brillenträger/in** (auch Lesebrille)? Ja oder Nein (bitte zutreffendes unterstreichen)

Wenn ja, seit wann?

4. Hatten Sie **Operationen an den Augen**? Ja oder Nein (bitte zutreffendes unterstreichen)

Wenn ja, was für eine OP?

5. Sind Sie **Diabetiker/in**? Ja oder Nein (bitte zutreffendes unterstreichen)

6. Haben Sie jeweils **allergisch auf ein Medikament** reagiert?

(speziell: Antibiotika z.B. Penicillin) Ja oder Nein (bitte zutreffendes unterstreichen)

Datum: _____

Unterschrift: _____