

Bitte bringen Sie das ausgefüllte Anmeldeformular mit zu Ihrem Termin, oder senden Sie die Unterlagen per E-Mail an:

schmutterer@augenklinik-regensburg.de

Vorbereitungsformular für die Kataraktoperation (Grauer Star)

Patientin / Patient

Name, Vorname

Straße / Nr.

PLZ / Ort

Geburtsdatum

Telefonnummer

Grauer Star Voruntersuchung

Wurde bei Ihnen eine Voruntersuchung zur grauen Star OP durchgeführt?

ja

nein

Wenn ja, bei welchem Arzt?

Wann?

Versicherungsinformationen

Gesetzlich

Privat

Name der Krankenkasse / Versicherung**Versicherungsnummer**

Haben Sie eine Zusatzversicherung, die Augenoperationen abdeckt? ja nein

Falls ja, bitte Name und Kontaktdaten der Zusatzversicherung angeben:

Allgemeine Gesundheitsangaben

Haben Sie Augenerkrankungen (Grüner Star, AMD etc.)? ja nein

Wenn ja, welche?

Leiden Sie an chronischen Erkrankungen? ja nein

Wenn ja, welche?

Haben Sie Herz-Kreislauf-Erkrankungen? ja nein

Wenn ja, welche?

Leiden Sie an Diabetes? ja nein

Wenn ja, seit wann?

Allgemeine Gesundheitsangaben

Allergien (z.B. gegen Medikamente, Narkosemittel, Pflaster) ja nein

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? ja nein

Falls ja, bitte Medikament und
Dosierung angeben

Hatten Sie bereits eine Augenoperation oder eine Korrektur der
Fehlsichtigkeit (z.B. Lasik)? ja nein

Wenn ja, welche?

Medikamentenliste

Bitte geben Sie alle Medikamente an, die Sie aktuell einnehmen:

Augentropfen: Dosierung:

Medikament: Dosierung:

Medikament: Dosierung:

Medikament: Dosierung:

Weitere:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das AOZ CANDIS die erforderlichen Patient/innenunterlagen wie u. a. Befunde, Labordaten und sonstige Behandlungsunterlagen zum Zwecke der Weiterbehandlung:

1. an nachfolgend näher bezeichnete Ärzte

Hausarzt
(Name, Adresse)

--

Überweisender Arzt
(Name, Adresse)

--

Weitere Ärzte
(Name, Adresse)

--

2. an die weiterbehandelnden Ärzte des Krankenhauses Barmherzige Brüder Regensburg

3. an die behandelnden Ärzte des AOZ Candis, Anästhesie

aushändigen oder weitergeben darf.

Ich bin über den Umfang und den Inhalt dieser Einverständniserklärung bezüglich der Weitergabe meiner Patient/innendaten ausreichend aufgeklärt worden. Zudem wurde ich darüber belehrt, dass diese Erklärung freiwillig erfolgt und ich sie jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift Patientin / Patient

Denken Sie bitte daran, zu Ihrem Termin Ihre Versichertenkarte mitzubringen.
Privatpatienten und Selbstzahler bitten wir, einen gültigen Personalausweis vorzulegen.