AOZ Candis Regensburg
Candis Professional
Straubinger Straße 28
93055 Regensburg

Tel. 0941 5043 0
Fax 0941 5043 2911

AOZ CANDIS
Regensburg

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

termine@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.