

# Patientenbogen

**Patient:** \_\_\_\_\_ **geb. am:** \_\_\_\_\_

**Beruf:** \_\_\_\_\_ **dienstl. Tel.-Nr:** \_\_\_\_\_

**Straße:** \_\_\_\_\_ **private Tel.-Nr:** \_\_\_\_\_

**PLZ:** \_\_\_\_\_ **Wohnort:** \_\_\_\_\_

**Arbeitgeber:** \_\_\_\_\_

**Kostenträger/private Zusatzversicherung:** \_\_\_\_\_

**Hausarzt:** \_\_\_\_\_

## **Hinweis:**

**Hiermit weisen wir darauf hin, dass Sie im Falle einer medikamentösen Pupillenerweiterung anschließend für die Dauer von ca 5 Stunden nicht am Straßenverkehr teilnehmen dürfen!**

## **Medizinische Angaben:**

- besteht bei Ihnen ein erhöhter Augeninnendruck (Glaukom?) ja\_\_nein\_\_  
(falls ja, nehmen Sie Augentropfen/welche?)
- Ist in Ihrer Familie ein erhöhter Augeninnendruck bekannt? ja\_\_nein\_\_
- wurden Sie bereits am Auge operiert? ja\_\_nein\_\_  
falls ja, welche Operation?
- Bluthochdruck ja\_\_nein\_\_  
(falls ja, nehmen Sie Beta-Blocker?)
- Diabetes ja\_\_nein\_\_  
(falls ja, seit wann, nehmen Sie Tabletten oder Insulin?)
- Schilddrüsenerkrankungen ja\_\_nein\_\_  
(falls ja, welche Tabletten?)

– Sind Allergien bekannt? ja \_\_\_nein\_\_\_  
Wenn ja, welche?

– Nehmen Sie Blutverdünner ein? ja \_\_\_nein\_\_\_  
wenn ja, welche?

**Sonstige relevante Erkrankungen?**

Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet.

Eine entsprechende Information zum Datenschutz liegt in der Praxis aus und kann auf Wunsch auch gerne ausgehändigt und zu jeder Zeit widerrufen werden.

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Abs.2 DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Abs. 1 Bundesdatenschutzgesetz.

Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gerne an uns wenden.

**Datum:**

**Unterschrift Patient:**

**Einverständniserklärung  
zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten  
gem. §73Abs. 1 b SGB V**

Ich erkläre mich einverstanden, dass mein Augenarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei folgenden Leistungserbringern einholt und übermittelt:

- Ärzte, Psychotherapeuten
- Krankenhäuser
- Heil- und Hilfsmittelerbringer
- Apotheken
- häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfen
- Krankenkassen
- Kassenärztliche Vereinigung/Ärztekammer

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann

**Datum:**

**Unterschrift Patient:**