



Selbstauskunft Augenerkrankungen

Name, Vorname				Geburtsdatum	
		<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Divers	
Straße und Hausnummer			Postleitzahl und Ort		

Behandelt wegen	
-----------------	--

1. Wie lautet die ärztliche Diagnose ?	<input type="checkbox"/> Fehlsichtigkeit	<input type="checkbox"/> Glaukom (Grüner Star)			
	<input type="checkbox"/> Netzhautablösung	<input type="checkbox"/> Regenbogenhautentzündung			
	<input type="checkbox"/> Netzhautentzündung	<input type="checkbox"/> Schiefhfehler			
	<input type="checkbox"/> Hornhautverkrümmung	<input type="checkbox"/> Katarakt (Grüner Star)			
	<input type="checkbox"/> Sonstige, und zwar				
2. Was ist die Ursache der Erkankungen ?	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Andere und zwar			
	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck				
	<input type="checkbox"/> Vererbung				
3. Welches Auge ist betroffen ?	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> beide		
4. Wie oft wurden Sie in den letzten drei Jahren behandelt?					
5. Wann fanden diese Behandlungen statt ?	von bis	von bis	von bis		
6. Welche Medikamente werden/wurden	a) Name				
	b) Dosierung				
	c) Zeitraum/Dauer der Einnahme				
7. Wurden Sie operiert oder gelasert ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, operiert	Wurden die Fragen mit "ja" beantwortet, bitte Befundbericht beifügen.		
		<input type="checkbox"/> ja, gelasert			
8. Wurde 7. mit ja beantwortet: Wurde der Krankheitszustand damit behoben ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja			
9. Bestehen noch Beschwerden und /oder Folgen ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja und zwar			
10. Wie ist Ihre aktuelle Sehstärke ?	links	Dioptrien	rechts	Dioptrien	
11. Wann hat sich die Sehstärke zuletzt geändert ?					
12. Wie lautet das Ergebnis der letzten Augeninnendruckmessung ?	links	mmHg	rechts	mmHg	gemessen am
13. Sind weitere Behandlungen geplant / erforderlich ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar			
14. Bei welchen Ärzten bzw. in welchen Krankenhäusern wurden Sie behandelt ? (Bitte Namen und Anschrift angeben)					

Ort, Datum	Unterschrift der zu versichernden Person (unter 16 Jahren deren gesetzlicher Vertreter)