

PATIENTENAUFNAHMEBOGEN FÜR KINDER



Herzlich willkommen in unserer Augenärztlichen Gemeinschaftspraxis!

Um gezielter auf Ihre Wünsche eingehen zu können und den leider auch nötigen bürokratischen Aufwand gering zu halten, möchten wir Sie bitten, sich einige Minuten Zeit zu nehmen. Der folgende Bogen mit Fragen zu Ihrer Gesundheit wird uns bei Ihrer Beratung und Betreuung behilflich sein. Wir bitten um Blockschrift. Danke sehr!

Persönliche Daten:

Name/Vorname: _____

Geschlecht: männlich weiblich

Geburtsdatum: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon: _____ eMail: _____

Hausarzt (Adresse): _____

Familienanamnese:

Bekannte Augenerkrankungen in der Familie und Verwandtschaft:

ja nein nicht bekannt wenn ja, welche? _____

Gibt es Brillenträger in der Familie?

ja nein
 Kurzsichtigkeit Weitsichtigkeit Hornhautverkrümmung

Verliefen Schwangerschaft und Geburt normal?

ja nein

Traten bisher Allgemeinerkrankungen auf?

ja nein wenn ja, welche? _____

Nimmt Ihr Kind Medikamente?

ja nein wenn ja, welche? _____

Fällt Ihnen bei Ihrem Kind in Bezug auf die Augen etwas Besonderes auf?

ja nein wenn ja, was? _____

Wurde Ihr Kind bereits augenärztlich untersucht?

ja nein

Als Ärzte bzw. Mitarbeiter einer Arztpraxis unterliegen wir der Schweigepflicht, d. h. wir geben Informationen (Befunde etc.) ausschließlich an Sie persönlich weiter. Sie haben aber die Möglichkeit, Ausnahmen selbst festzulegen. Bitte geben Sie hier die Namen der Personen an, denen wir Auskünfte erteilen dürfen. Wir handeln dann gerne in Ihrem Auftrag.

Auskunftsberechtigt sind: _____

Frankfurt, den _____

Unterschrift: _____