



Dr. med. Evelyn Voigt
FÄ für Augenheilkunde
Kleinmarkt 2 * 01662 Meißen
03521 458577 * 03521 458597

Liegen Allergien vor? ja nein
Wenn ja, wogegen?

Sehen Sie seit Ihrer Kindheit mit beiden Augen gleich gut oder besteht eine angeborene Schwachsichtigkeit? beide gleich gut rechts besser links besser

Haben Sie in Ihrer Kindheit geschielt? ja nein

Hatten Sie Entzündungen oder Verletzungen der Augen? ja nein
Wenn ja, welche:

Benutzen Sie regelmäßig Augentropfen? ja nein
Wenn ja, welche:

Welche Sehhilfe/n tragen Sie?

Fernbrille Lesebrille Gleitsicht-/ Arbeitsplatzbrille
 Kontaktlinsen (weich hart Monatslinsen Jahreslinsen Typ/ Stärke:

Gibt es erbliche Augenerkrankungen in Ihrer Familie?

grüner Star (Glaukom) Netzhauterkrankungen wenn ja, welche:
 sonstige:

Wurden Sie an den Augen operiert? ja nein

Wenn ja, welche/r Eingriff/e?

<input type="radio"/> Katarakt-Operation	<input type="radio"/> rechts	<input type="radio"/> links	<input type="radio"/> beidseits
Operateur/ Jahr:			
<input type="radio"/> Netzhautoperation	<input type="radio"/> rechts	<input type="radio"/> links	<input type="radio"/> beidseits
Operateur/ Jahr:			
<input type="radio"/> Schieloperation	<input type="radio"/> rechts	<input type="radio"/> links	<input type="radio"/> beidseits
Operateur/ Jahr:			
<input type="radio"/> Laserbehandlung	<input type="radio"/> rechts	<input type="radio"/> links	<input type="radio"/> beidseits
Operateur/ Jahr:			
<input type="radio"/> Injektionen (IVOM)	<input type="radio"/> rechts	<input type="radio"/> links	<input type="radio"/> beidseits
Operateur/ Datum der letzten Injektion:			
<input type="radio"/> sonstige:	<input type="radio"/> rechts	<input type="radio"/> links	<input type="radio"/> beidseits

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient

Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung

Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).