BIELER AUGENZENTRUM

IHRE PERSONALIEN

Name	Vorname	
Strasse		
PLZ	Ort	
Geburtsdatum	Grösse	Gewicht
Telefon	Mobile	
E-Mail		
Beruf		
Firma	Telefon Geschäft	
Krankenkasse		
Versicherungsart	☐ Allgemein	☐ Halbprivat ☐ Privat
Zuweisender Arzt	Name	
	Ort	
Hausarzt	Name	
	Ort	
Angehörige	Name	
	Telefon	

ANAMNESE

Haben Sie Unverträglichkeit gegen Medikamente oder Lebensmittel?
Heuschnupfen? Allergien? ☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, welche:

Nehmen Sie regelmässig Medikamente? ☐ Nein ☐ Ja
Wenn ja, schreiben Sie Ihre Medikamente auf ein separates Blatt Papier.

Haben Sie Schwierigkeiten mit langem Bluten? ☐ Nein ☐ Ja

Haben Sie sonstige Probleme bei Operationen? ☐ Nein ☐ Ja
Wenn ja, welche:

Nehmen Sie Blutverdünner? ☐ Nein ☐ Ja Name:

Hatten Sie jemals oder haben Sie Herz- oder Kreislaufstörungen?
Herzrhythmusstörung? Herzschrittmacher? Herzinfarkt? ☐ Nein ☐ Ja
Wenn ja, was, seit wann:

Rauchen Sie? ☐ Nein ☐ Ja Wie viel:

Bitte Folgeseite auch ausfüllen

Unterer Quai 92
CH-2502 Biel / Bienne
+41 32 323 23 01
bieler-augenzentrum@hin.ch
www.bieler-augenzentrum.ch

Hatten Sie jemals oder haben Sie:

zu hohen Blutdruck? ☐ Nein ☐ Ja Seit wann:

Welche Werte hatten Sie in der letzten Zeit?

erhöhte Blutfette? ☐ Nein ☐ Ja Seit wann:

Diabetes? ☐ Nein ☐ Ja Seit wann:

Insulinpflichtig? ☐ Nein ☐ Ja Seit wann:

letzter HbA1c-Wert (Langzeitzucker): Datum:

Magen- oder Darmprobleme? ☐ Nein ☐ Ja Seit wann:

Eine rheumatische Erkrankung? ☐ Nein ☐ Ja Welche und seit wann:

Schlaf-Apnoe-Syndrom (Schnarchen mit Atemaussetzern beim Schlafen)?

☐ Nein ☐ Ja Seit wann: Behandelt? ☐ Nein ☐ Ja Seit wann:

Lungenkrankheit, Asthma? ☐ Nein ☐ Ja Seit wann:

Hepatitis oder andere chronische Infektionskrankheiten (HIV, Tuberkulose)?

☐ Nein ☐ Ja Seit wann:

Tumoren oder eine andere ernsthafte Erkrankung?

☐ Nein ☐ Ja Seit wann:

Operationen am Körper (ausserhalb der Augen)? ☐ Nein ☐ Ja Welche, wann:

Seit wann tragen Sie eine Brille?

Haben Sie früher auf beiden Augen gleich gesehen? ☐ Ja ☐ Nein Seit wann:

Wurden Sie bereits einmal an den Augen operiert oder haben Sie Verletzungen an den Augen?

☐ Nein ☐ Ja Was, wann:

Mussten Sie schon einmal oder müssen Sie über längere Zeit Augentropfen nehmen?

☐ Nein ☐ Ja Was, wann:

Seit wann besteht die jetzige Störung Ihrer Augen?

Ich erteile dem Bieler Augenzentrum (Partnerpraxis der Berner Augenklinik am Lindenhofspital AG) die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten elektronisch sowohl an die Rechnung stellende/verarbeitende als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragten Institution oder Rechtsanwalt sowie die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten. Ich ermächtige meinen Arzt, medizinische Akten über mich zur Einsicht anzufordern, sowie medizinische Ergebnisse den nachbehandelnden Arzt zuzusenden. Ich nehme davon Kenntnis, dass im Rahmen von Unterhalt und Wartungsarbeiten von medizinischen Geräten und Installationen, die Hersteller unter Einhaltung des Datenschutzes Einsicht in medizinische Daten haben können. Zudem bestätige ich hiermit alle Angaben vollständig und korrekt gemacht zu haben. Für allfällige Streitigkeiten aus dieser Vereinbarung ist das Gericht in Bern zuständig.

Ort, Datum **Unterschrift**