



Stammdatenabfrage

MVZ augenzentrum jülich GmbH

Name, Vorname: _____ Geb.-Datum _____

Strasse und Hausnummer: _____

PLZ und Wohnort: _____

Festnetz: _____ Mobil: _____

Hauptversicherter (Name, Vorname): _____

Hausarzt/Kinderarzt: _____

Anamnese:

Damit wir bei Ihrer Behandlung Gesundheitsgefährdungen vermeiden und Sie bestmöglich versorgen können, bitten wir Sie in Ihrem eigenen Interesse, das Folgende auszufüllen und an der Anmeldung abzugeben: (zutreffendes bitte ankreuzen !)

erhöhter Blutdruck erhöhte Blutfette erhöhter Blutzucker

Insulinpflichtig? ja nein, wenn ja, seit wann? _____

Letzter bekannter HbA1c-Wert: _____ vom _____

Epilepsie Hepatitis HIV Schlaganfall Herzinfarkt

Sonstige Erkrankungen/Operationen:

Nehmen Sie Medikamente?

ASS Marcumar Eliquis Xarelto Plavix Godamed Iscover

Sonstige Medikamente:

Allergien? ja nein, wenn ja, Welche? _____

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit und Vollständigkeit Ihrer Angaben.

Datum

Unterschrift Patient:in oder gesetzlicher Vertreter