



Patient/in-Kontaktdaten

			☐ W ☐ M
*Name	*Vorname	*Geb. datum	* Gesch.
*Straße u. Hausnummer		*PLZ Stadt	*Telefon
Mobile / E-Mail		Ihre Krankenversicherung	

Patienteninformation zum Datenschutz (DSGVO)

Liebe Patientin, Lieber Patient.

Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Die Vertraulichkeit medizinischer Daten beruht auf der ärztlichen Schweigepflicht. Alle Mitarbeiter der **Augenärztpaxis-Dres. R&I Wardeh** in Geibelstraße 54, 30173 Hannover sind zur Einhaltung des Datenschutzes verpflichtet nach (DSGVO).

In der Praxis werden alle angemessenen Sicherheits-Maßnahmen umgesetzt, um die erhobenen Daten gegen unbefugte Zugriff, Missbrauch und Verlust zu schützen. In Ihrer Patientenakte befinden sich folgende Informationen: Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen und Ergebnisse, Befunde, Therapien, Eingriffe und ihre Wirkung, Einwilligung, Aufklärungen und Arztbriefe.

Sie haben das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung (Sperrung) Ihrer Daten sowie auf Datenübertragbarkeit und

ein Beschwerderecht bei einer Aufsichtsbehörde.

Zur Wahrnehmung dieser Rechte können Sie uns jederzeit kontaktieren. Bitte sprechen Sie uns an oder schreiben Sie uns unter: info@augenaerzte-wardeh.de. Für mehr Patienteninformation zum Datenschutz unter

www.augenaerzte-wardeh.de.

Die [Datenschutzgrundverordnung](#) ist ein EU-Gesetz.

☐ Ich habe diese Informationen bekommen und zur Kenntnis genommen.

Schweigepflichtentbindung (nicht Pflichtig)

Hiermit entbinde ich Dres. **Wardeh**, der/ die mich in Augenärzte an der Geibelstraße-Praxis behandelt oder beraten hat, von seiner/Ihrer Schweigepflicht gegenüber untenstehenden Personen.

☐ Ich bitte Sie nachfolgender Personen Auskunft über meinen gesundheitlichen Zustand zu geben (mündlich, schriftlich) und auf Wunsch Einsicht in die Krankenakte zu ermöglichen.

☐ **ja** an:

Name Vorname

Adresse:

Hausarzt/in:

☐ **nein**, Ich möchte meine Auskunft über meinen gesundheitlichen Augen-Zustand nicht weitergeben.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung der Schweigepflicht mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Hannover den. 202

*Ort u. Datum

*Unterschrift

Anmeldebogen, Bitte ausfüllen

***Anmeldung für eine Sprechstunde**

- ☐ Routine Vorsorgeuntersuchung (Routine Kontrolle)
- ☐ Vorsorgeuntersuchung mit OCT (s. bitte Seite 2)
- ☐ Brillensprechstunde/ Vergrößernde Sehhilfe
- ☐ Diabetische Untersuchung
- ☐ Makula Untersuchung/Behandlung, IVOM
- ☐ grüner Star (Glaukom) Frühentdeckung/Behandlung
- ☐ grauer Star (Katarakt), Kontrolle, OP-Fragestellung
- ☐ Lid-Operation Fragestellungen
- ☐ Botox Injektion
- ☐ Schielbehandlung, Sehschule
- ☐ Lasik, reaktive Chirurgie Fragestellungen
- ☐ Gutachten, Führerscheingutachten
- ☐ Sonstige

***Welche Beschwerden haben Sie an den Augen?**

☐ Rechten A ☐ Linken A ☐ Beiden

- ☐ Sehverschlechterung
- ☐ Verschwommenes Sehen ☐ Ferne ☐ Nahbereich
- ☐ Kopfschmerzen nach Anstrengung
- ☐ Schmerzen ☐ Brennen
- ☐ Fremdkörpergefühl ☐ Sandkorngefühle
- ☐ Rotes Auge. ☐ mit eitrigem Sek. ☐ verklebt?
- ☐ trockenes Auge ☐ tränendes Auge
- ☐ Schielen ☐ Doppelbilder
- ☐ Schwindel,

***haben Sie bekannten Augenerkrankungen:**

- ☐ feuchte AMD, ☐ trockene AMD,
- ☐ diabetische Makula/Netzhautveränderung
- ☐ grauer Star, ☐ Grüner Star,
- ☐ sonstiges:
- ☐ oder in der Familie:

***Tragen Sie Contactlinsen oder eine Brille?**

- ☐ nein, ☐ Ja ich trage:
- ☐ Fernbrille, ☐ Nahbrille, ☐ Bifokalbrille
- ☐ Gleitsichtbrille, ☐ Prismen in Brille. ☐ Contact linsen,

***Sind Sie an den Augen**

- ☐ operiert worden? ☐ Nein ☐ RA ☐ LA ☐ BA
- ☐ gelasert worden? ☐ Nein ☐ RA ☐ LA ☐ BA
- wann u. wo?

***Haben oder hatten Sie einer der folgenden Erkrankungen?**

- ☐ Diabetes seit **HbA1c:**
- eingestellt mit ☐ Diät, ☐ Tabletten, ☐ Insulin
- ☐ Bluthochdruck, ☐ Herzinfarkt, ☐ Schlaganfall
- ☐ Rheuma ☐ Asthma ☐ Allergien
- ☐ Schilddrüsenerkrank. **Infektiöse Erkrankung**
- ☐ Sonstiges
- ☐ nein, ☐ nicht bekannt,
- bei Frauen: Sind Sie schwanger? ☐ ja, Wochen, ☐ nein

***Nehmen Sie Medikament ein? Oder Augentropfen?**

.....

***Kontakt/Empfehlung unserer Praxis durch?**

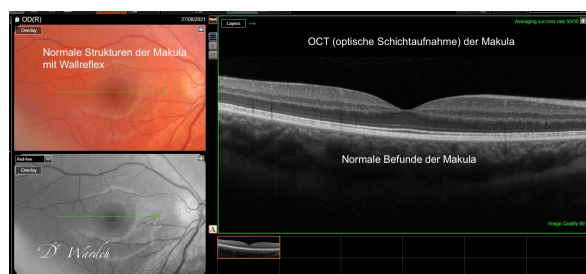
- ☐ Arzt/in ☐ Optiker/in ☐ Apoth. ☐ Bekannte/r
- ☐ Tel. buch ☐ Internet ☐ Flyer ☐ Prx. Schild, ☐ sonst.
- Oder ☐ unsere Webseite www.augenaerzte-wardeh.de

Augenärzte an der Geibelstraße (U) - Dres R., L., & I. Wardeh

IGeL-Leistungen

Beim Augenarzt gibt es spezielle individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL), die der präzisen Diagnostik und der Vorsorge dienen. Diese Leistungen werden von den Privaten Krankenkassen übernommen, aber nicht von den gesetzlichen Krankenkassen und vom Patienten selbst bezahlt werden. Diese Präzisionsdiagnostik liefert hochauflösende digitale Bilder der Augenschichten, die Veränderungen am Auge zum frühestmöglichen Zeitpunkt ermöglichen, um Sehbeeinträchtigungen zu verhindern oder rechtzeitig zu behandeln und beobachten. Einige dieser Leistungen:

- **Glaukom-Früherkennung:** Messung des Augeninnendrucks, Augenspiegelung, Gesichtsfeldmessung und OCT oder Schichtenaufnahme der Makula und Papillen zur Erkennung des Grünen Stars (Glaukom).
- **Optische Kohärenztomographie (OCT):** Abbilden des Augenhintergrundes mit Laser, um Veränderungen der Netzhaut, Makula und des Sehnervs zu detektieren.
- **Netzhaut-Check:** Untersuchung der Netzhaut, insbesondere der Makula, um Veränderungen frühzeitig zu erkennen.
- **Weitere IGeL-Leistungen:** Digitalisierte Netzhautuntersuchung ohne, Bilder des Auges, spezielle Tests für trockene Augen, Topographie der Hornhaut bei Keratokonus, Messung der inneren Zellen der Hornhaut und noch mehr



Gebühr für verpassten Augenarzttermin

In unserer Praxis sind Sie bei einer Terminverschiebung oder rechtzeitig absagen auf der sicheren Seite. Arzttermin nicht abgesagt oder verpasst, Kosten können entstehen!

Hier geht es um eine schriftliche Vereinbarung zur Bezahlung eines Ausfallhonorars von 50.00 Euro, falls in der Zukunft der Termin in unserer Praxis nicht rechtzeitig (2 Arbeitstage davor) storniert würde.

Geben Sie unserer Augenarztpraxis am der Geibelstraße die Möglichkeit, die Termine neu zu vergeben und anderen Patienten damit die Chance schneller an einen Arzttermin zu kommen. Bei dieser Gelegenheit können Sie zudem auch gleich einen neuen Termin ausmachen.

PS: Sie bekommen SMS von uns als Erinnerung für Ihren Termin.

Hannover den . . 202

*Ort und Datum

*Unterschrift