

Nachname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Ort/PLZ: \_\_\_\_\_

Geburts Ort: \_\_\_\_\_

**Geb. Datum:**

Telefon - Nr.: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg      Größe: \_\_\_\_\_ cm

**O KEINE Brille**

**O Brille:**

Fernbrille

Gleitsichtbrille

Lesebrille

Kontaktlinsen

**Kreuzen Sie bitte die zutreffende Untersuchung an:**

G37       G25       G26,3       Gewünschte G-Untersuchung: \_\_\_\_\_

G42       G24       G 41       Kostenübernahme der Firma nicht vergessen 😊

Erstuntersuchung oder Folgeuntersuchung, bitte ankreuzen.

**Fragebogen:**

Leiden sie an ...	<b>Diabetes Mellitus</b> ( Zuckerkrankheit )	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Hypertonie (Bluthochdruck)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Herzrhythmusstörungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Hatten Sie schon mal einen Herzinfarkt	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Epilepsie (Fallsucht / Nervenerkrankung )	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Psychischen Erkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Lungen Erkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Augen Erkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Parkinson ( Nervenerkrankung )	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	<b>Schlaf Apnoe Syndrom</b> ( Atem Pause im Schlaf )	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

Urinuntersuchung auf Glucose  
negativ       positiv

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Datum/ Unterschrift zur Bestätigung**

**!!! Wichtig !!!**

Die oben genannten Fragen müssen ,Wahrheitsgemäß von Ihnen ausgefüllt werden!!!!

Bitte prüfen Sie später Ihre Unterlagen, ob Ihr Name und Ihre Anschrift korrekt sind!!!!