

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 G 41 **Gewünschte G-Untersuchung:** _____
G42 G24 **Kostenübernahme der Firma nicht vergessen** 

F r a g e b o g e n :

Leiden sie an ...	Diabetes Mellitus (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"/>
	Schlaf Apnoe Syndrom (Atem Pause im Schlaf)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Nehmen sie Drogen (Cannabis zählt auch dazu)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Nehmen sie Medikamente (wenn ja welche?)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Erkrankungen des Muskel-Skelett Systems	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Schwindel und oder Ohnmachtsanfällen	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!!!!