

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

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

Straße: \_\_\_\_\_

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

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

**Geb. Datum:**

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

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

**O KEINE Brille**

**O Brille:**

O Fernbrille

O Gleitsichtbrille

O Lesebrille

O Kontaktlinsen

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

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

**G42   O      G24   O      G 41   O      Kostenübernahme der Firma nicht vergessen 😊**

**F r a g e b o g e n :**

Leiden sie an ...	<b>Diabetes Mellitus ( Zuckerkrankheit )</b>	<b>Nein O</b>	<b>Ja O</b>
	Hypertonie (Bluthochdruck)	Nein O	Ja O
	Herzrhythmusstörungen	Nein O	Ja O
	<b>Hatten Sie schon mal einen Herzinfarkt</b>	<b>Nein O</b>	<b>Ja O</b>
	Epilepsie (Fallsucht / Nervenerkrankung )	Nein O	Ja O
	Psychischen Erkrankungen	Nein O	Ja O
	Lungen Erkrankungen	Nein O	Ja O
	Augen Erkrankungen	Nein O	Ja O
	Parkinson ( Nervenerkrankung )	Nein O	Ja O
	<b>Schlaf Apnoe Syndrom (Atem Pause im Schlaf)</b>	Nein O	Ja O
	<b>Nehmen sie Drogen (Cannabis zählt auch dazu)</b>	Nein O	Ja O
	<b>Nehmen sie Medikamente (wenn ja welche?)</b>	Nein O	Ja O
	<b>Erkrankungen des Muskel-Skelett Systems</b>	Nein O	Ja O
	<b>Schwindel und oder Ohnmachtsanfällen</b>	Nein O	Ja O

Urinuntersuchung auf Glucose  
negativ O      positiv O

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**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!!!!