

Nachname: _____

Vorname: _____

Straße: _____

Ort/PLZ: _____

Geburts Datum: _____

Pat. Nr.:

Telefon - Nr.: _____

Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm

O KEINE Brille

O Brille:

Arbeitgeber: _____

Kreuzen Sie bitte die zutreffende Untersuchung an:

G37 ☐ G25 ☐ G26,3 ☐ Gewünschte G-Untersuchung: _____
G42 ☐ G24 ☐ G 41 ☐ Kostenübernahme der Firma nicht vergessen 😊

F r a g e b o g e n :

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

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!!!!

