

A

Zu versichernde Person	Geb.-Datum
Berufliche Tätigkeit	

B

1. Wie lautet die Diagnose/Bezeichnung Ihrer Erkrankung (Mehrfachnennungen möglich)?

Kurzsichtigkeit	Weitsichtigkeit	Astigmatismus
Grüner Star (Glaukom)	Grauer Star	Horn-/ Netzhautveränderung
Sonstige:		

2. Unter welchen Beschwerden/Symptomen der Augen leiden oder litten Sie (z. B. Augenzittern, Schielen, Nachtblindheit, Gesichtsfeldverlust, Störungen des Farbsinns)?

Keine	Schmerzen	Unscharfes Sehen
Augenzittern	Schielen	Nachtblindheit
Gesichtsfeldverlust	Störungen des Farbsinns	Doppelbildwahrnehmung
Kopfschmerzen	Schwindel	Sonstige:

3. Wann treten oder traten die Beschwerden auf?

Wann erstmals?	Wann zuletzt?	In welchen Abständen?
----------------	---------------	-----------------------

4. Welches Auge ist von der Erkrankung betroffen?

links	rechts	beidseitig
-------	--------	------------

5. Welche Ursache liegt der Erkrankung zugrunde?

Unbekannt	Angeboren	Verletzung	Sonstige:
Folge einer anderen Erkrankung welche?			

6. Welche Behandlungen werden oder wurden durchgeführt?

Keine Behandlung	Augentropfen / Medikamente:	von:	<input style="width: 100%;" type="text"/>	bis:	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
In welcher Dosierung?	täglich	nach Bedarf	mal im Jahr			
Andere Therapien	Welche?	Wie oft?	von:	<input style="width: 100%;" type="text"/>	bis:	<input style="width: 100%;" type="text"/>

7. Welche Untersuchungen wurden wegen Ihrer Erkrankung durchgeführt bzw. sind geplant?

der Sehschärfe	des Augeninnendrucks	des Gesichtsfeldes	des Augenhintergrundes
Sonstige:		Wann? <input style="width: 100%;" type="text"/>	Mit welchem Ergebnis?

8. Wird eine Brille und/oder Kontaktlinsen getragen?

Ja Anzahl der Dioptrien (aktuell):	rechts	links		Nein
--------------------------------------	--------	-------	--	------

9. Hat sich Ihre Sehkraft in den letzten 5 Jahren verschlechtert?

Ja wie?	Nein
-----------	------

B

10. Sind Augenoperationen oder Laserbehandlungen (z. B. LASIK) durchgeführt worden oder vorgesehen?

Ja Wann:

Nein

Krankenhaus / Arzt:

Anschrift:

links rechts beidseitig

Dioptrienzahl vor der Laserbehandlung: rechts links

11. Sind aufgrund der Erkrankung/der Beschwerden akut behandlungsbedürftige Komplikationen eingetreten?

Ja Wann: Welche?

Nein

12. Sind Folgen der Erkrankung zurückgeblieben (z.B. Sehstörungen trotz Korrektur mit Brille oder Kontaktlinsen, Kopfschmerzen bei hoher Sehanforderung, eingeschränktes Lesevermögen)?

Welche?

Nein

13. Bei welchem Arzt/welchen Ärzten oder anderen Therapeuten waren oder sind Sie in Behandlung?

Name:

Name:

Anschrift:

Anschrift:

Behandlungszeitraum | von bis: Behandlungszeitraum | von bis:

14. Sind Sie aufgrund Ihrer Erkrankung arbeits-, schul- oder studienunfähig gewesen?

Ja | von: bis: Ja | von: bis:

Nein

15. Ist ein Berufs-/ Arbeitsplatzwechsel aus medizinischen Gründen erfolgt oder angeraten/angestrebt?

Ja | Zeitpunkt des Wechsels:

Nein

Früherer Beruf:

Jetziger Beruf:

Unterschrift:

Ort

Datum

Unterschrift der zu versichernden Person