

Anamnesebogen

Persönliche Angaben

Anrede

Geburtsdatum

Titel

Beruf

Vorname

Telefon

Nachname

E-Mail

Was ist der Grund des Besuches?

der Wunsch nach einer neuer Brille

die Überprüfung einer vorliegenden Verordnung

der Wunsch nach Kontaktlinsen

eine plötzliche Sehverschlechterung

nur die Überprüfung der Sehschärfe

Sehprobleme

Welche Sehhilfe haben sie derzeit?

Sehhilfe	Alter der Sehhilfe in Jahren	Art des Gebrauches			
		ständig	überwiegend	zweckbestimmt	kein Gebrauch
<input type="checkbox"/> Fernbrille	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Gleitsichtbrille	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Zwei- / Dreistärkenbrille	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Lesebrille	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> PC-Brille	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Sportbrille	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Sonnenbrille	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Kontaktlinsen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wie gut sehen Sie mit Ihrer aktuellen Sehhilfe?

Sehhilfe	Sehbereich	Einschätzung des Sehens			
		sehr gut	gut	mäßig	schlecht
<input type="checkbox"/> Brille	in der Ferne	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	in der Nähe	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Kontaktlinsen	in der Ferne	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	in der Nähe	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Welche Sehanforderung haben Sie und wie lange führen Sie sie aus?

PC Arbeit Zeit in Stunden:

Autofahren Zeit in Stunden:

Lesen Zeit in Stunden:

Hausarbeit / Hobby Zeit in Stunden:

Sonstige Zeit in Stunden:

Sind oder waren sie in augenärztlicher Behandlung?

Wann und bei wem war Ihr letzter Augenarztbesuch?

Datum:

Name des Arztes / der Ärztin:

Sind Sie derzeit in augenärztlicher Behandlung? ja nein

Hatten Sie eine Augenoperation? ja nein

Haben Sie früher (als Kind) geschielt? ja nein

Hatten Sie Verletzungen am Auge? ja nein

Welche der folgenden Beschwerden/Probleme haben sie aktuell?

Beschwerden/Probleme	Einschätzung der Beschwerden/Probleme			
	immer	häufig	selten	nicht bemerkt
unscharfes Sehen in der Ferne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unscharfes Sehen in der Nähe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tränenende Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trockene Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
juckende Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rote Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wahrnehmen von Blitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schwarze Punkte / „Mücken“ fliegen durchs Bild	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lichtempfindlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blendung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehprobleme in der Dämmerung / Nacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doppelbilder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wechsel von Ferne zu Nähe und / oder umgekehrt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schnelles Ermüden beim Lesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen bei Nah-/PC Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Liegen vererbliche Erkrankungen in Ihrer Familie vor?

ja

welche?:

nein

Viele Krankheiten haben Einfluss auf die Augen. Deshalb einige Fragen zum allgemeinen Gesundheitszustand. Welche der folgenden Allgemein- oder Augenerkrankungen liegen bei Ihnen vor?

Diabetes (Zuckerkrankheit)

Hoher Blutdruck

Herz-Kreislauf-Erkrankung

Schilddrüsen-Erkrankung

Schlaganfall

Herpes

(Spannungs-) Kopfschmerz

Migräne

Rheuma

sonstiges

Nacken-/Schulterschmerzen

Multiple Sklerose

Diabetische Netzhauterkrankungen

Glaukom

Katarakt

Makuladegeneration

Retinopathia Pigmentosa

Gesichtsfeldausfälle

Allergie auf

keine

Nehmen Sie Medikamente?

nein

ja

Blutdrucksenkende Medikamente

Herzpräparate

Psychopharmaka

Hormonpräparate

Cortison

ASS, Aspirin, o.ä.

Nehmen Sie die Medikamente regelmäßig?

ja

nein

Antibiotika

Insulin

Pille

Beta-Blocker

Augendruck senkende Medikamente

sonstige

Vielen Dank!

Datum

Unterschrift

Hinweis zum Datenschutz: Die hier erhobenen Daten werden ausschließlich zur vollständigen Anamnese für eine Beratung durch einen Mitarbeiter von Janine Flor Augenoptik erhoben und gespeichert. Die Daten werden grundsätzlich nicht an Dritte weitergegeben. **Bitte beachten Sie dazu auch die angefügte Datenschutzerklärung.**

Datenschutz-Einverständniserklärung

Gemäß Art. 13 der Datenschutz-Grundverordnung (DGS-VO) sind wir; Janine Flor Augenoptik, verpflichtet, Sie zu informieren, dass wir von Ihnen personenbezogene Daten verarbeiten.

Im Rahmen der Versorgung werden wir von Ihnen Daten für die Erfüllung und Abwicklung eines Vertrages gemäß Art. 6 DSGVO, aus Gründen der Gesundheitsvorsorge gemäß § 22 Abs. 1 Nr. 1b BDSG-neu, für Werbemaßnahmen gemäß Art. 21 Abs. 2 DSGVO verarbeiten und dabei für folgende Zeiträume speichern: zwei Jahre (aufgrund der gesetzlichen Gewährleistung), fünf Jahre (nach den Vorgaben des Medizinproduktegesetzes), zehn Jahre (analog § 10 Abs. 3 Musterberufsordnung der Ärztinnen und Ärzte) und zehn Jahre (aufgrund steuerlicher Vorgaben).

Folgende Daten werden verarbeitet: Name, Anschrift, Geburtsdatum, Refraktionswerte, Anamnesen und Ergebnisse der Bedarfsanalyse, sowie alle Auftragsdaten die wir für die Bestellung und Fertigung der Sehilfen benötigen.

Krankenkasse, Versicherungsnummer, privat geleistete Zuzahlungen übermitteln wir an Ihre Krankenkasse und an Abrechnungszentren. Sollten Sie mit der Übermittlung nicht einverstanden sein, so verlieren Sie aufgrund gesetzlicher Bestimmungen Ihren Anspruch auf Versorgung zu Lasten Ihrer Krankenkasse.

Namen und Refraktionswerte werden zu Bestellzwecken an den Glas- bzw. Kontaktlinsenlieferanten weitergegeben.

Diese werden diese Daten verwenden, um Produkte und Dienstleistungen (z.B. eine Kundenkarten) sowie auf Wunsch individualisierte Informationen zur Verfügung stellen zu können; um Sie als Endverbraucher identifizieren zu können; um die Qualität der Produkte und Dienstleistungen zu verbessern; zur Erfüllung gesetzlicher Vorschriften wie z. B. zur Betrugs- und Geldwäscheprävention. Diese Nutzung erfolgt nur, soweit dies erforderlich und rechtlich zulässig ist.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten bei einer Geschäftsumwandlung oder einer Unternehmensveräußerung an den Nachfolger übertragen werden können. Hierzu erhalte ich im Bedarfsfall eine Nachricht und das Recht auf Widerspruch.

Außerdem übermitteln wir Adress- und Auftragsdaten an unsere Innung bei Rückfragen zu Abrechnungsdaten, an Kontaktlinsenhersteller zur individuellen Linsenfertigung und -beratung, an unseren Steuerberater und an die Werbeagentur zur Vorbereitung individueller Beratung.

Zum Zwecke einer guten Sehberatung und Verlaufskontrolle werden wir Ihre Daten auch über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus speichern.

Sie haben das Recht, von uns Auskunft über die über Sie gespeicherten und verarbeiteten personenbezogenen Daten zu verlangen. Wenn Sie dies wünschen, löschen wir alle bei uns gespeicherten personenbezogene Daten von Ihnen, es sei denn, wir sind gesetzlich verpflichtet, die Daten für einen bestimmten Zeitraum zu speichern. Sollten wir personenbezogene Daten von Ihnen gespeichert haben, die inhaltlich nicht zutreffend sind, so ändern wir diese entsprechend. Wenn Sie dies wünschen, dann erhalten Sie per E-Mail eine Kopie der bei uns gespeicherten personenbezogenen Daten in einem gängigen Dateiformat. Weiter steht Ihnen ein Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu. Zudem können Sie jederzeit unseren Datenschutzbeauftragten unter info@janine-flor.de kontaktieren.

Einwilligungserklärung

Janine Flor Augenoptik bietet seinen Kunden eine umfassende Beratung und Betreuung rund um die Themen Optik, Optometrie, Brillen und Kontaktlinsen.

Um diese Beratung auch über den Zweck des jeweiligen Auftrages hinaus in allen Fragen zu diesen Themen zu ermöglichen, bin ich damit einverstanden, dass die von Janine Flor Augenoptik über mich und meine Sehilfen gespeicherten Daten auch dazu genutzt werden können, um mich auf folgenden Wegen über Sonderaktionen, Preisvorteile und Neuigkeiten zu informieren.

Post E-Mail Telefon SMS

Einwilligung erteilt

Mir ist dabei klar, dass diese Einwilligungen freiwillig und jederzeit widerruflich sind. Dieses Einverständnis kann ich jederzeit ganz oder teilweise widerrufen. Nach erfolgtem Widerruf werde ich keine Mitteilungen oder Informationen oder nur noch auf bestimmten Übermittlungswegen erhalten. Die vom Widerruf betroffenen Daten werden unverzüglich gelöscht. Der Widerruf ist schriftlich oder per E-Mail zu richten an:

Janine Flor Augenoptik, info@janine-flor.de oder unseren Datenschutzbeauftragten. Die angegebenen Daten werden entsprechend den Bestimmungen der Datenschutzgrundverordnung ausschließlich für die angegebenen Zwecke gespeichert, verarbeitet und genutzt.

Unterschrift Kunde