

Brillenmobil

Informationen für einen Einzeltermin

Angaben Kund:in	
Vor- und Nachname	
Einrichtung	
Straße/ Hausnummer	
PLZ/ Wohnort	
Telefonnummer	
E-Mail-Adresse	

Checkliste
Ist Kund:in dialogfähig? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wurde eine Verschlechterung der Augen bemerkt? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wobei?
Brillenträger <input type="checkbox"/> Linsenträger <input type="checkbox"/> Bisher keine Sehhilfe <input type="checkbox"/>
Datum der letzten Überprüfung der Sehkraft:
Liegen medizinische Befunde vor? Nein <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Glaukom <input type="checkbox"/> Makuladegeneration <input type="checkbox"/> Sonstige: Wenn ja, wurden diese augenärztlich abgeklärt? Wann?

Kontaktdaten Ansprechpartner:in der zu betreuenden Person	
Vor- und Zuname	
Telefonnummer	
E-Mail-Adresse	

Ich erkläre mich mit der Datenverarbeitung für die Terminvereinbarung und der Anfahrtspauschale von 60 € einverstanden.

Datum, Unterschrift