

Frau  Herr

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Tel P \_\_\_\_\_ Tel G \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

**Was ist der Grund für Ihren Besuch?**

- Kontaktlinsen Neuanpassung     Nachversorgung (benötige neue Linsen)     Probleme mit eigenen Linsen  
 Sehprobleme:     Ferne     Nähe     PC     Trockene Augen     Anderes: \_\_\_\_\_

**Wie oft möchten/ tragen Sie Ihre Kontaktlinsen?**

- täglich     1-2x pro Woche     3-5x wöchentlich     sporadisch (weniger als 1x pro Woche)

**Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?**

- Augenarzt: \_\_\_\_\_     Optiker: \_\_\_\_\_     Internet     Freunde/Bekannte \_\_\_\_\_

**Wer ist Ihr betreuender Augenarzt? \_\_\_\_\_**

Wann war Ihr letzter Augenarztbesuch? \_\_\_\_\_     Ich war noch nie beim Augenarzt

**Tragen Sie bereits Kontaktlinsen?** Wenn ja welche: \_\_\_\_\_     Nein     Ja

**Gibt es wichtige Informationen zu Ihrer Gesundheit und Ihren Augen? (zB. Diabetes, Bluthochdruck, Schilddrüse, Allergien, Schielen, Medizinische Behandlungen, grüner Star/ Glaucom, Netzhautablösung, usw.)**

Wenn ja welche: \_\_\_\_\_     Nein     Ja

**Hatten Sie in der Vergangenheit eine Operation an einem oder beiden Augen?**     Nein     Ja

**Nehmen Sie regelmässig Medikamente?** Wenn ja welche: \_\_\_\_\_     Nein     Ja

**Haben Sie eines/ mehrere der unten aufgeführten Symptome?**     Nein     Ja

- Kopfschmerzen     Augen brennen     tränende Augen     trockene Augen     oft gerötete Augen  
 Doppelbilder     hohe Lichtempfindlichkeit     \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_    Unterschrift: \_\_\_\_\_

## AGB Linsencentrum GmbH

### Termine nach Vereinbarung

Wir nehmen uns Zeit für Sie in den Anpass- und Nachkontrollsitungen, daher sind Termine immer nach Vereinbarung und sind verbindlich. Bei Verhinderung bitten wir Sie, uns so früh als möglich und mindestens 48 Std. vor dem Termin zu informieren. Wird ein Termin nicht eingehalten oder innerhalb von 48 Std. abgesagt, behält sich die Linsencentrum GmbH vor, die reservierte Zeit nicht krankenkassenpflichtig zum normalen Stundensatz in Rechnung zu stellen.

### Preise und Vertragsabschluss

Die Preise von Kontaktlinsen und Dienstleistungen verstehen sich in CHF inkl. 7.7% MWST und richten sich nach der zum Zeitpunkt der Auftragserteilung geltenden Linsencentrum GmbH Preisliste (Dienstleistungsaufwand beinhaltet die Anpasszeit zzgl. allfällige Nachbearbeitung, Augenarztberichte). Angefertigt Kontaktlinsen für die Anpassung, werden zu einem Materialpreis ausgewiesen und verrechnet und sind Bestandteil der Kontaktlinsen-Anpassung. Aus gesetzlichen Gründen ist keine direkte Leistungsabrechnung mit der Krankenkasse möglich.

Der Vertragsabschluss kommt mittels mündlicher oder schriftlicher Auftragserteilung oder mittels stillschweigender Inanspruchnahme der Dienstleistungen im Linsencentrum zustande.

### Vertragsrücktritt

Bei Vertragsrücktritt oder Anpassabbruch durch den Käufer oder Verkäufer, werden die zu diesem Zeitpunkt erfolgten Dienstleistungen und Materialkosten (Pflegemittel und gefertigten Kontaktlinsen in Anpassung) fällig. Dies ist unabhängig davon, wer den Abbruch herbeiführte oder ob die Anpassung erfolgreich war oder nicht.

### Gesetzliche Bestimmungen Kt. Thurgau

Aus gesetzlichen Bestimmungen im Kt. Thurgau dürfen Kontaktlinsen bei Aphakie, nach Augenoperationen (z.B. Cross-linking, Keratoplastik), bei krankhaften Veränderungen der Hornhaut (z.B. Keratokonus), Augenlinse und Glaskörper nur im Einverständnis des Augenarztes angepasst werden. Falls noch kein augenärztliches Einverständnis in mündlicher oder schriftlicher Form erfolgte, ist der Leistungsnehmer verpflichtet dieses unverzüglich einzuholen.

Es gilt der Gerichtsstand und Erfüllungsort Tägerwilen (Schweiz) für Dienstleistungen, Kontaktlinsen, Lieferung, Zahlung und alle anderen Elemente der Vertragsbeziehung.