

Anamnesebogen

Wir weisen darauf hin, dass die Angaben freiwillig sind!

Patient/in

Name _____ Vorname _____

Anschrift

Straße _____ Geburtsdatum _____

Telefon

Tagsüber _____ Mobil _____ Wohnort _____

E-Mail

Hausarzt

Augenarzt

_____ Ggf. Überweisender Augenarzt

Allgemeine Anamnese

Sind Allergien oder Medikamenten-Unverträglichkeiten bekannt?

nein ja Welche? _____

Sind Sie Diabetiker?

nein ja Typ 1 Typ 2 Seit _____

Letzter Blutzucker-Langzeit-Wert (HbA1c) _____

Behandlung mit Diät Tabletten Insulin

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

Bluthochdruck Schilddrüsenerkrankung Herzinfarkt/Schlaganfall

Hepatitis/HIV Nierenerkrankung Wann? _____

Asthma/COPD Migräne Krebserkrankung

Lebererkrankung Rheumatische Erkrankung _____

Sonstige _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

nein ja Welche? _____

Hatten Sie schon allgemeine Operationen?

nein ja Welche? _____

>> Bitte wenden

Augenanamnese

Sind eine oder mehrere der folgenden Augenerkrankungen bei Ihnen bekannt?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> Katarakt/Grauer Star | <input type="radio"/> Makuladegeneration | <input type="radio"/> Glaukom/Grüner Star |
| <input type="radio"/> Hohe Fehlsichtigkeit | <input type="radio"/> Netzhautablösung | Seit wann? _____ |
| <input type="radio"/> Netzhautlöcher | <input type="radio"/> Gefäßverschlüsse | <input type="radio"/> Trockene Augen |

Verwenden Sie regelmäßig Augentropfen oder -salben?

- nein ja Welche? _____

Sind in Ihrer Familie folgende Augenerkrankungen bekannt?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="radio"/> Katarakt/Grauer Star | <input type="radio"/> Glaukom/Grüner Star | <input type="radio"/> Makuladegeneration |
| <input type="radio"/> Hohe Fehlsichtigkeit | <input type="radio"/> Netzhautablösung | |

Hatten Sie Verletzungen an den Augen?

- nein ja Welches Auge? rechts links
Welche? _____

Haben Sie bereits als Kind auf einem Auge schlechter gesehen?

- nein ja Welches Auge? rechts links

Haben Sie als Kind oder später geschiel?

- nein ja Welches Auge? rechts links

Tragen Sie eine Sehhilfe?

- nein
 ja Fernbrille Lesebrille Gleitsichtbrille Kontaktlinsen

Wie alt ist Ihre aktuelle Sehhilfe? _____ Jahr(e)

Wurden Sie bereits an den Augen operiert oder gelasert?

- nein ja Welches Auge? rechts links
Welche OP? _____ Wann? _____

Welche aktuellen Beschwerden oder Anliegen führen Sie heute zu uns?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> Kontrolle/Check-up | <input type="radio"/> Neue Brille | <input type="radio"/> Sehverschlechterung |
| <input type="radio"/> Schmerzen | <input type="radio"/> Rötungen | <input type="radio"/> Schattensehen |
| <input type="radio"/> Blitze | <input type="radio"/> Fliegende Mücken | <input type="radio"/> Doppelsehen |
| <input type="radio"/> Andere Beschwerden | _____ | |

Die Beschwerden sind rechts links beidseits

Wann waren Sie zuletzt beim Augenarzt? _____

Fahren Sie Auto? nein ja

Haben Sie sonstige Bemerkungen, Anregungen oder wichtige Mitteilungen für uns?

Datum

Unterschrift Patient/in

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!