



ANAMNESEBOGEN

Vorname, Name _____

Geburtsdatum _____

Wohnort/Straße _____

Telefon _____

E-Mail _____

Berufliche Tätigkeit _____

Hausarzt _____

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?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Hepatitis/HIV | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung: _____ |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt/Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Migräne | |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Netzhautablösung | _____ |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Grüner Star/Glaukom | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ |
| <input type="checkbox"/> Asthma/COPD | <input type="checkbox"/> Makula-Degeneration | _____ |
| <input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankungen | | |

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

nein ja Welche? _____

Verwenden Sie regelmäßig Augentropfen oder -salben?

nein ja Welche? _____

Sind in Ihrer Familie folgende Augenerkrankungen bekannt?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Grüner Star/Glaukom | <input type="checkbox"/> Grauer Star/Cataract |
| <input type="checkbox"/> Makula-Degeneration | <input type="checkbox"/> Netzhautablösung |

> BITTE WENDEN



Hatten Sie eine Verletzung des Auges?

nein ja Welche? _____

Haben Sie bereits als Kind auf einem Auge schlechter gesehen?

nein ja Welches Auge? rechts schlechter links schlechter

Haben Sie als Kind oder später geschielt?

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 Wann? _____ Wo? _____

Welche OP? _____

Welche aktuellen Beschwerden oder Anliegen führen Sie heute zu uns?

Kontrolle/Check-up Neue Brille Sehverschlechterung
 Andere Beschwerden _____

Wann waren Sie zuletzt beim Augenarzt? _____

Fahren Sie Auto? nein ja

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung von anderem Arzt Freunde/Bekannte Internet
 Sonstige _____

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

Datum

Unterschrift Patient/Patientin

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Ihr Team der Augenarztpraxis Dr. Schubert & Dr. Wißmann