

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

### 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      |

**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

**Möchten Sie über Vorsorgetermine informiert werden?**  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. Kirstin Schubert**