

Anamnesebogen

Wir weisen darauf hin, dass die Angaben auf dem Anamnesebogen freiwillig sind!

Patientenname:	Geburtsdatum:
Tel.-Nr.:	Handy-Nr.:
Hausarzt:	Letzter Augenarztbesuch:
Augenanamnese:	
Cataract (Grauer Star) ☐ ja ☐ nein ☐ RA ☐ LA OP wann/wo:	Laserbehandl. ☐ ja ☐ nein ☐ RA ☐ LA Wann/Wo:
Glaukom (Grüner Star) ☐ ja ☐ nein Augentropfen: _____	Schiel-OP ☐ ja ☐ nein ☐ RA ☐ LA Wann/Wo: _____
Was führt Sie heute zu uns:	☐ Brille ☐ Kontaktlinsen
	Entzündung: ☐ ja ☐ nein
	Seit: _____
	Kopfschmerzen: ☐ ja ☐ nein
	Migräne: ☐ ja ☐ nein
	Trockene Augen: ☐ ja ☐ nein
Allgemeine Anamnese:	
Raucher : ☐ ja ☐ nein	Arbeiten Sie an einem EDV-Bildschirm? ☐ ja ☐ nein
Haben Sie folgende Erkrankungen?	
Bluthochdruck ☐ ja ☐ nein	Multiple Sklerose ☐ ja ☐ nein
Niedriger Blutdruck ☐ ja ☐ nein	Schlaganfall ☐ ja ☐ nein
Schlafapnoe ☐ ja ☐ nein	Rheuma ☐ ja ☐ nein
Herzrhythmusstörung ☐ ja ☐ nein	Parkinson ☐ ja ☐ nein
Schilddrüsenüberfunktion ☐ ja ☐ nein	Schilddrüsenunterfunktion ☐ ja ☐ nein
Diabetes mellitus (Typ I oder II) Typ ____ HbA1c ____	Andere Erkrankungen: _____
Allergien ☐ ja ☐ nein Welche: _____ _____	Erbkrankheiten: ☐ ja ☐ nein Welche: _____ _____
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Welche (Namen): _____ _____ _____ _____	Langzeit Kortisontherapie: ☐ ja ☐ nein Wieviel mg: _____