

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) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> LA	Laserbehandl. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> LA
OP wann/wo:	Wann/Wo:
Glaukom (Grüner Star) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Augentropfen: _____	Schiel-OP <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> LA Wann/Wo: _____
Sind Sie Brillen- bzw. Kontaktlinsenträger?	<input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Kontaktlinsen
Alter aktuelle Fernbrille : _____	Kontaktlinsen seit: _____ <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> hart
Alter aktuelle Lesebrille : _____	Hersteller: _____
Andere Augenerkrankungen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Welche:	Makuladegeneration: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Trockene Augen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Morbus Basedow: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Entzündung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kopfschmerzen /Migräne: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schielen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Allgemeine Anamnese:	
Rauchen Sie? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wie viel?	Arbeiten Sie an einem EDV- Bildschirm? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie folgende Erkrankungen?	
Bluthochdruck <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Multiple Sklerose <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Niedriger Blutdruck <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schlaganfall <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schlafapnoe <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Rheuma <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzrhythmusstörung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Parkinson <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsenüberfunktion <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schilddrüsenunterfunktion <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Diabetes mellitus (Typ I oder II) Typ ____ HbA1c _____	Andere Erkrankungen: _____ _____
Allergien <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Welche: _____ _____	Erbkrankheiten: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Welche: _____ _____
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Welche (Namen): _____ _____ _____ _____	Langzeit Kortisontherapie: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wieviel (mg): _____