

Anamnesebogen

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Wohnort, Straße:

Telefon:

E-Mail:

1. Welchen Beruf haben Sie?

2. Wie sind Sie versichert? Gesetzlich Privat Selbstzahler

3. Fahren Sie Auto? Nein Ja

4. Wie heißt Ihr behandelnder Hausarzt?

5. Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Nein Ja

Welche?

6. Sind Sie Diabetiker? Nein Ja, Typ 1 Ja, Typ 2

Wenn ja:

Seit wann?

Sind die Blutzuckerwerte stabil? Nein Ja

Sie werden sind Behandeln mit: Diät Tabletten Insulin

Aktueller HbA1c-Wert (Langzeitwert)?:

7. Weitere Erkrankungen:

- | | | | | | |
|--------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Asthma | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Rheuma | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Hatten Sie einen Schlaganfall? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Haben Sie eine Herzerkrankung? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | HIV/Hepatitis | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Krebserkrankung? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | | | |

Sonstiges:

8. Welche Operationen hatten Sie bisher?

9. Medikamente:

- | | | |
|------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Blutverdünnende Medikamente? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Prostatamedikamente? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Sonstige Medikamente? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |

Wenn ja, welche? (Bitte ggf. Liste mitbringen)

10. Augenerkrankungen:

Sind in Ihrer Familie Augenerkrankungen bekannt?

Nein

Ja

Wenn ja, welche?

Hatten Sie eine Verletzung am Auge?

Nein

Ja

Wenn ja, welche?

Haben Sie einen grünen Star (Glaukom)?

Nein

Ja

Nehmen Sie regelmäßig Augentropfen ein?

Nein

Ja

Wenn ja, welche?

Haben Sie als Kind mit beiden Augen immer gleich gut gesehen?

Beide gleich gut rechts besser links besser

Haben Sie als Kind geschielt? Nein Ja

Tragen Sie eine Sehhilfe?

Fernbrille Nahbrille Bifokalbrille Gleitsichtbrille Kontaktlinsen

Wurden Sie an den Augen operiert? Nein Ja

Wenn ja, welche OP?

Wurden Sie mit Spritzen am Auge behandelt (IVOM)? Nein Ja

Wenn ja, welches Medikament?

Wurden Sie bereits am Auge gelasert? Nein Ja



11. Aktueller Besuchsgrund:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kontrolle | <input type="checkbox"/> Sehbeschwerden | <input type="checkbox"/> Fremdkörpergefühl |
| <input type="checkbox"/> Sehen von Blitzen | <input type="checkbox"/> Doppelsehen | <input type="checkbox"/> Fliegende Mücken |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen | <input type="checkbox"/> Frage zu operativem Eingriff | |

Sonstiges:

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

Ich bin mit einer Speicherung dieser Erklärung auf elektronische Medien einverstanden.

Ja

Datum

Unterschrift Patient: