

Anamnesebogen

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Wohnort, Straße:

Telefon:

E-Mail:

Wie sind Sie versichert? Gesetzlich Privat Selbstzahler

1. Wie heißt Ihr behandelnder Hausarzt?

2. Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

Heuschnupfen Nein Ja

Asthma Nein Ja

Jodallergie Nein Ja

Antibiotika Nein Ja

Salben- bzw. Kontaktallergien Nein Ja

Sonstige:

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

Wenn ja:

Seit wann?

Sind die Blutzuckerwerte stabil? Nein Ja

Behandeln Sie mit: Diät Tabletten Insulin

Aktueller HbA1c-Wert (Langzeitwert)?:

4. Weitere Erkrankungen:

Schilddrüsenerkrankung	Nein	Ja
Bluthochdruck	Nein	Ja
Hatten Sie einen Schlaganfall?	Nein	Ja
Hatten Sie einen Herzinfarkt?	Nein	Ja
Sonstige:		

5. Medikamente:

Blutverdünnende Medikamente?	Nein	Ja
Prostatamedikamente?	Nein	Ja
Sonstige Medikamente?	Nein	Ja
Wenn ja, welche?		

6. Augenerkrankungen:

Sind in Ihrer Familie Augenerkrankungen bekannt?	Nein	Ja
Wenn ja, welche?		
Hatten Sie eine Verletzung des Auges?	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

Lesebrille

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:

Makula

Diabetes

Thrombose

Wurden Sie bereits an den Augen gelasert?

Nein

Ja

7. Aktuelle Beschwerden:

Kontrolle

Sehverschlechterung

Fremdkörpergefühl

Neue Brille

Schattensehen

Frage nach operativem Eingriff

Blitze

Fliegende Mücken

Gutachten

Schmerzen

Doppeltsehen

Sonstiges:

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

Ich bin mit einer Speicherung dieser Erklärung auf elektronische Medien einverstanden

Datum

Unterschrift Patient:

Für Ihre Mithilfe sind wir Ihnen sehr dankbar! Ihr Team der Augenarztpraxis Dr. Spies