

## Anamnesebogen

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Wohnort, Straße:

Telefon:

1. Allergien  Nein  Ja, welche:

2. Diabetes (Zuckerkrankheit):  Nein  Ja, Typ 2  Ja, Typ 1

Wenn ja, seit wann:

Behandelt mit:  Diät  Tabletten  Insulin

Aktueller HbA1c-Wert (Langzeitwert):  von wann:

3. Bluthochdruck:  Nein  Ja

4. Andere Erkrankungen:

5. Medikamente:

Blutverdünnende Medikamente:  Nein  Ja

Prostatamedikamente:  Nein  Ja

Entzündungshemmende Medikamente (z.B. Cortison):  Nein  Ja

Blutdruckmedikamente:  Nein  Ja

6. Augentropfen:  Nein  Ja, welche:

Rechtes Auge:

Linkes Auge:



**7. Augenerkrankungen:**

Augenerkrankungen in der Familie:  Nein  Ja, welche:

Verletzungen des Auges:  Nein  Ja, welche:

Haben Sie als Kind geschielt:  Nein  Ja

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

Beide gleich gut  rechts besser  links besser

Tragen Sie eine Sehhilfe:

Fernbrille  Lesebrille  Gleitsichtbrille  Keine

**8. Augenoperationen:**  Nein  Ja, welche:

Rechtes Auge:

Linkes Auge:

**9. Spritzenbehandlung am Auge (IVOM):**  Nein  Ja, wegen:

Makula  Diabetes  Thrombose  Anderem

**10. Augenlaserung:**  Nein  Ja

**Ich bin mit einer Speicherung dieses Bogens auf elektronische Medien einverstanden.**

Datum:

Unterschrift Patient: