

ANAMNESEBOGEN

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Wohnort, Straße: _____

Telefon / E-Mail: _____

SIND BEI IHNEN ALLERGIEN BEKANNT?

Heuschnupfen ☐ Nein ☐ Ja Asthma ☐ Nein ☐ Ja

Jodallergie ☐ Nein ☐ Ja Antibiotika ☐ Nein ☐ Ja

Salben- bzw. Kontaktallergien ☐ Nein ☐ Ja

Sonstige: _____

SIND SIE DIABETIKER? ☐ Nein ☐ Ja, Typ 1 ☐ Ja, Typ 2

Wenn ja, seit wann? _____ Behandeln Sie mit: ☐ Diät ☐ Tabletten ☐ Insulin

Aktueller HbA1c-Wert (Langzeitwert)?: _____

WEITERE ERKRANKUNGEN

Schilddrüsenerkrankung ☐ Nein ☐ Ja Bluthochdruck ☐ Nein ☐ Ja

Hatten Sie einen Schlaganfall ☐ Nein ☐ Ja

Hatten Sie einen Herzinfarkt? ☐ Nein ☐ Ja

Sonstige: _____

VISIONAER^o

MEDIKAMENTE

Blutverdünnende Medikamente? ☐ Nein ☐ Ja

Sonstige Medikamente? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, welche? _____

AUGENERKRANKUNGEN

Sind in Ihrer Familie Augenerkrankungen bekannt? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, welche? _____

Hatten Sie eine Verletzung des Auges?

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 (☐ harte / ☐ weiche)

Wurden Sie an den Augen operiert? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, welche OP? _____

Wurden Sie mit Spritzen am Auge behandelt? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja: ☐ Makula ☐ Diabetes ☐ Thrombose

Wurden Sie bereits an den Augen gelasert? ☐ Nein ☐ Ja

VISIONAER^o

AKTUELLE BESCHWERDEN

- ☐ Kontrolle ☐ Sehverschlechterung ☐ Fremdkörpergefühl
- ☐ Schattensehen ☐ Fragen nach operativem Eingriff ☐ Blitze
- ☐ Fliegende Mücken ☐ Schmerzen ☐ Doppeltsehen

Sonstige: _____

HABEN SIE SONSTIGE BEMERKUNGEN, ANREGUNGEN
ODER WICHTIGE MITTEILUNGEN FÜR UNS?

ICH BIN MIT EINER SPEICHERUNG DIESER ERKLÄRUNG
AUF ELEKTRONISCHE MEDIEN EINVERSTANDEN

Datum _____

Unterschrift Patient _____