

## Anamnesebogen der Augenklinik

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Beruf (optional): \_\_\_\_\_

Tel./ Mobil: \_\_\_\_\_ Tel./ Festnetz: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Augenarzt: \_\_\_\_\_ Hausarzt: \_\_\_\_\_

(1) Haben Sie Beschwerden am Augen? (z.B. Sehinderung, schmerzen, brennen, Rötung, Entzündung, Veränderungen, etc.)

Ja, was für Beschwerden?

R	L	Beschwerden	Seit wann?

Nein

(2) Haben Sie früher, in der **Kindheit**, mit **beiden Augen gleich** gut bzw. gleich schlecht gesehen? *Unabhängig von Ihrer Brillenstärke.*

Ja

Nein, welches Auge war das bessere Auge?     rechts     links

(3) Sind bei Ihnen **Augenerkrankungen** bekannt?

Ja, welche?

R	L	Erkrankung	Erstdiagnose wann?

Nein

(4) Tragen Sie eine **Brille/ Kontaktlinsen**?

Ja, seit welchem Lebensjahr? \_\_\_\_\_

Nein

(5) Hatten Sie **Augenoperationen** oder **Lasereingriffe**?

Ja, welche, wann und auf welches Auge?

R	L	Operation	Laserbehandlung	Wann?

Nein

**Bitte wenden!**

(6) Hatten Sie in der Vergangenheit eine **Augenverletzung**?

Ja, welche und wann?

R	L	Verletzung/Unfall	Wann?

Nein

(7) Haben Sie **allgemeine Erkrankungen (z.B Bluthochdruck, Diabetes, Rheuma, Asthma, Schilddrüsenüberfunktion, etc.)** oder hatten Sie **allgemeine Operationen**?

Ja, bitte in die Tabelle eintragen

Erkrankung	Erstdiagnose wann?	Operation	Wann?

Nein

(8) Verwenden Sie momentan **Augentropfen** oder **Augensalben**?

Ja, bitte in die untere Tabelle eintragen.

Name der Augentropfen oder Augensalben	R	L	Wie oft?	Seit wann?

Nein

(9) Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein? (Bitte Medikamentenplan vorlegen)

Ja, welche \_\_\_\_\_

Nein

(10) Sind bei Ihnen **Allergien** oder **Unverträglichkeiten** bekannt?

Ja, welche \_\_\_\_\_

Nein

(11) Sind Sie **schwanger** oder könnten Sie schwanger sein?

Ja

Nein