



Anamnesebogen

Datum: _____

Name/Vorname: _____

Geb. Datum: _____

1. Was ist der Grund des heutigen Besuches? _____
2. Wann waren sie zuletzt beim Augenarzt? _____
3. Wann haben Sie Ihre erste Brille bekommen? _____
4. Tragen Sie Kontaktlinsen?
Ja harte KL weiche KL Nein
5. Haben Sie an den Augen Operationen/Verletzungen durchgemacht? _____
6. Haben sie als Kind geschielt oder eine angeborene Sehschwäche? Ja Nein
7. Sind Augenerkrankungen in der Familie bekannt? _____
Wenn ja ggf. welche? Ja Nein
8. Nehmen Sie Augentropfen? Wenn ja welche? _____
9. Ist bei Ihnen ein Grauer Star bekannt? Ja Nein
10. Ist bei Ihnen ein Grüner Star bekannt? Ja Nein

Welche Allgemeinerkrankungen haben Sie?

1. Wurden bei Ihnen schon Operationen durchgeführt? Ja Nein

Wenn ja welche? _____

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 2. Diabetes mellitus!
Diätpflichtig <input type="checkbox"/> tablettenpflichtig <input type="checkbox"/> insulinpflichtig <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
|--|-----------------------------|-------------------------------|

3. Herzerkrankungen / Herzrhythmusstörungen? Ja Nein
4. Bronchialasthma? Ja Nein
5. Bluthochdruck? Ja Nein
6. Haben Sie schon mal einen Schlaganfall erlitten? Ja Nein
7. Haben Sie eine infektiöse Lebererkrankung(Hepatitis) erlitten? Ja Nein
8. Nehmen Sie ständig Kortisonpräparate ein? Ja Nein
9. Sind bei Ihnen Schilddrüsenenerkrankungen bekannt? Ja Nein
10. Sind andere internistische oder seelische Erkrankungen bekannt? Ja Nein

ggf. welche? _____

11. Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche (z.B. ASS, Marcumar) _____

12. Leiden Sie an Allergien? Ja Nein

ggf. welche? _____

13. Nehmen Sie Prostata Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja welche? (z.B. Tamsulosin) _____