

Anamnesebogen Erwachsene

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen vollständig und gewissenhaft aus. Ihre Angaben helfen uns, Ihre Beschwerden bzw. Ihre Erkrankung besser einschätzen zu können. Die Angaben sind freiwillig und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank!

Name, Vorname _____ **geb. am** _____

Telefonnummer _____

Grund des heutigen Besuches:

Falls Beschwerden bestehen, bitte beschreiben Sie diese näher (Seit wann? Wie stark?):

Letzter Besuch beim Augenarzt: _____

Nehmen Sie regelmäßig Augentropfen? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Tragen Sie eine Sehhilfe (Fern- / Nah- / Gleitsichtbrille / Kontaktlinsen)? Ja Nein
Wenn ja, seit wann? _____

Fahren Sie Auto? Ja Nein

Sind bei Ihnen folgende **Augenerkrankungen** bekannt?

Glaukom (Grüner Star)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	OP? Wann? _____
Katarakt (Grauer Star)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	OP? Wann? _____
Trockenes Auge	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Tropfen? Salben? _____
Netzhautveränderungen/-ablösung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	OP? Wann? _____
Makuladegeneration (AMD)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Entzündungen des Augeninneren	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Allergische Augenentzündungen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Haben Sie als Kind geschielt?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	OP? Wann? _____
Einseitige angeborene Sehschwäche?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Welches Auge? _____

Sind bei Ihnen folgende **Allgemeinerkrankungen** bekannt?

<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus / Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> kalte Hände / niedriger Blutdruck
<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung
<input type="checkbox"/> Asthma / COPD	<input type="checkbox"/> rheumatische Erkrankung	<input type="checkbox"/> neurologische Erkrankung
<input type="checkbox"/> Krebserkrankung	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Lebererkrankung
<input type="checkbox"/> Infektionserkrankung (z.B. Hepatitis / HIV)		

Haben Sie **Allergien**? Ja Nein
Wenn ja, gegen? _____

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? Ja Nein

Nehmen Sie Cortison-Präparate ein? Ja Nein

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft? Ja Nein

Familienanamnese (Eltern, Geschwister, Großeltern)

Glaukom Grauer Star Makuladegeneration

Datum _____

Unterschrift _____