

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 _____ **Beruf** _____

Grund des heutigen Besuches (bitte beschreiben Sie Beschwerden näher (Seit wann? Wie stark?):

Letzter Besuch beim Augenarzt: _____

Nehmen Sie regelmäßig Augentropfen/Augensalben? Ja Nein
Wenn ja, welche/wie oft? _____

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 Nein Therapie _____

Katarakt (Grauer Star) Ja Nein OP? Wann? _____

Trockenes Auge Ja Nein Therapie _____

Netzhautveränderungen/-ablösung Ja Nein OP? Wann? _____

Makulaerkrankung (z.B. AMD) Ja Nein Therapie _____

Entzündungen des Augeninneren Ja Nein Therapie _____

Allergische Augenentzündungen Ja Nein Therapie _____

Augenverletzung Ja Nein OP? Wann? _____

Haben Sie als Kind geschielt? Ja Nein OP? Wann? _____

Einseitige angeborene Sehschwäche? Ja Nein Welches Auge? _____

Sind bei Ihnen folgende **Allgemeinerkrankungen** bekannt?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ1/Typ2 | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen | <input type="checkbox"/> kalte Hände / niedriger Blutdruck |
| <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) | | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |

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 oder stillen Sie? Ja Nein

Familienanamnese (Eltern, Geschwister, Großeltern)

- Glaukom Grauer Star Makuladegeneration Netzhautablösung

Datum _____

Unterschrift _____