



Allgemeinanamnese · Kinder

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Telefonnummer: _____

Kinderarzt/Hausarzt: _____

Versicherung/Versicherungsnehmer: _____

(zutreffendes bitte ankreuzen)

Bestehen Allergien gegen Medikamente oder deren Inhaltsstoffe? ja nein
Wenn ja, welche?

Hat Ihr Kind andere wichtige Allergien? ja nein
Wenn ja, welche?

War Ihr Kind eine Frühgeburt? ja nein

Gab es schwere Komplikationen in der Schwangerschaft? ja nein

Leidet ihr Kind an Epilepsie? ja nein

Hatte Ihr Kind schon einmal Fieberkrämpfe? ja nein

Leidet Ihr Kind an anderen wichtigen Erkrankungen?
(hoher Blutdruck, Diabetes mellitus, Herzerkrankungen, etc.) ja nein

Nimmt Ihr Kind aktuell Medikamente ein? ja nein
Wenn ja, welche?

Augenanamnese

War Ihr Kind schon einmal beim Augenarzt? ja nein

Wenn ja, wann zuletzt _____ Monat/Jahr

Trägt Ihr Kind eine Brille? ja nein

Tragen Sie als Eltern oder die Geschwister Ihres Kindes eine Brille? ja nein

Wenn ja, wer? _____

Liegt ein Schielen bei Ihnen als Eltern oder bei den Geschwistern vor? ja nein

Ihres Kindes vor? Wenn ja, wer? _____

Liegt eine Sehschwäche bei Ihrem Kind oder bei den Geschwistern vor? ja nein

oder bei Ihnen als Eltern vor? Wenn ja, bei wem? _____

Liegt eine vererbte Augenerkrankung bei Ihrem Kind oder innerhalb der Familie vor? ja nein

Wenn ja, bei wem und welche? _____

Leidet Ihr Kind an einer Erb- oder anderen schweren Augenkrankheit? ja nein

Ist bei Ihrem Kind bereits eine augenärztliche Untersuchung mit weitgestellter Pupille erfolgt? ja nein

Wenn ja, wann zuletzt _____ / _____ Monat/Jahr

Wurde diese gut vertragen? ja nein

Datum: _____ Unterschrift: _____
(Erziehungsberechtigte/r)

www.augeneheilkunde-krause.de



Ambulante Katarakt Operationen · Intravitreale Medikamentengabe bei Makulaerkrankungen ·
Moderne Laserchirurgie · Gutachten · Hochspezialisierte Glaukom und Netzhautdiagnostik
Orthoptik/Pleoptik (Sehschule) · Kontaktlinsenanpassung · Akupunktur

Stand 04/2021