

Allgemein - Anamnese

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____
Telefonnummer: _____

Hausarzt:

Beruf: _____

Führerschein: _____

ja ☐

nein ☐

Leiden Sie an hohem Blutdruck?

ja ☐

nein ☐

Wenn ja, seit wann? _____ letzter RR Wert? _____

Haben Sie einen Herzschrittmacher?

ja ☐

nein ☐

Hatten Sie einen Herzinfarkt? Wenn ja, wann? _____

ja ☐

nein ☐

Sind Sie Diabetiker?

ja ☐

nein ☐

Wenn ja, seit wann? _____ letzter HbA1c? _____ %

☐ Tabletten ☐ Insulinpflichtig ☐ Diät (zutreffendes bitte ankreuzen)

Leiden Sie an Rheuma?

ja ☐

nein ☐

Leiden Sie an einer Schilddrüsenerkrankung?

ja ☐

nein ☐

Bestehen Allergien gegen Medikamente oder deren Inhaltsstoffe?

ja ☐

nein ☐

Wenn ja, gegen welche?

Haben Sie Hepatitis, HIV oder andere ansteckende Erkrankungen?

ja ☐

nein ☐

Wenn ja, welche? _____

Leiden Sie an anderen wichtigen Erkrankungen?

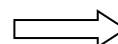
ja ☐

nein ☐

Wenn ja, welche?

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein?

keine ☐



Augen – Anamnese

Waren Sie schon einmal beim Augenarzt? ja ☐ nein ☐
Wenn ja, wann zuletzt _____ Monat/Jahr

Tragen Sie eine Brille? ja ☐ nein ☐
Wenn ja, zutreffendes bitte ankreuzen
☐ Fernbrille ☐ Nahbrille ☐ Mehrstärkenbrille (z.B. Gleitsichtbrille) wie alt? _____

Wann haben Sie Ihre 1. Brille bekommen? (In welchem Alter?) _____

Wenn ja, zutreffendes bitte ankreuzen
☐ Fernbrille ☐ Nahbrille ☐ Mehrstärkenbrille (z.B. Gleitsichtbrille) wie alt? _____

Tragen Sie Kontaktlinsen? ja ☐ nein ☐

Wurde bei Ihnen eine Fehlsichtigkeit operativ (Laser) korrigiert? ja ☐ nein ☐
Wenn ja, wann und welches Auge wurde operiert?

Haben Sie in der Vergangenheit geschielt? ja ☐ nein ☐

Leiden Sie an Glaukom (Grünen Star)? ja ☐ nein ☐
Wenn nein, jemand in Ihrer Familie? ja ☐ _____

Oder andere Augenerkrankungen? ja ☐ _____

Sind Netzhauterkrankungen bekannt? ja ☐ nein ☐

Haben Sie auf beiden Augen immer gleich gut gesehen? ja ☐ nein ☐

Wurden Sie am Auge schon einmal operiert? ja ☐ nein ☐
Wenn ja, wann und was wurde operiert?

Wurden Sie am Auge schon einmal gelasert? ja ☐ nein ☐
Wenn ja, wann, welches Auge und warum wurde gelasert?

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell für Ihre Augen ein? keine ☐

Wir weisen darauf hin, dass nach einer Pupillenerweiterung oder Anästhesie die Fähigkeit zum Führen eines Kraftfahrzeuges und / oder zum Bedienen von Maschinen 24 Stunden eingeschränkt sein kann.

Datum _____

Unterschrift (gesetzl. Vertreter bei Minderjährigen) _____

www.augenheilkunde-krause.de



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

Stand 01/2022