

Allgemein-Anamnese - Kinder

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

Kinderarzt/Hausarzt:

Versicherung/Hauptversicherungsnehmer:

E-Mail Adresse:

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

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

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?
Wenn ja, welche? ja nein

Augen-Anamnese

Waren 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 innerhalb der Familie vor? Wenn ja, bei wem ja nein

und welche?

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

Wenn ja, welche

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

Wir weisen darauf hin, dass nach einer Pupillenerweiterung zur Netzhautuntersuchung für 6-8 Stunden und nach einer Pupillen-erweiterung zur Brechkraftbestimmung bis zu 24 Stunden die Fähigkeit zum Führen eines Kraftfahrzeuges und / oder zum Bedienen von Maschinen eingeschränkt sein kann.

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

Datum

Unterschrift (gesetzl. Vertreter bei Minderjährigen)