



Anamnesebogen *(bitte vollständig ausfüllen, soweit möglich!)*

Name:

Geb.datum:

Letzter Augenarztbesuch:

Hausarzt:

Augenanamnese

Glaukom (Grüner Star) → wenn ja: Seit wann?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Cataract (Grauer Star)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie Brillen- bzw. Kontaktlinsenträger? Seit wann?	<input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Kontaktlinsen <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> hart
Andere Augenerkrankungen → wenn ja: Welche?	
Operationen → wenn ja: Wann und welche?	
Nehmen Sie regelmäßig Augentropfen? Name, Dosierung	

Allgemeine Anamnese *(bitte ankreuzen):*

Rauchen Sie? → wenn ja: Wie viel?	<input type="checkbox"/> ja ___/Tag <input type="checkbox"/> nein
Arbeiten Sie an einem EDV- Bildschirm?	<input type="checkbox"/> ja __Stunden/Tag <input type="checkbox"/> nein

Haben Sie eine/ mehrere der folgenden Erkrankungen? *(bitte ankreuzen):*

Blutdruckprobleme	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zu hoch <input type="checkbox"/> zu niedrig
Zustand nach Herzinfarkt oder Schlaganfall	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Infarkt <input type="checkbox"/> Schlaganfall
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kopfschmerzen / Migräne?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Asthma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Diabetes mellitus (Typ I oder II) → wenn ja: seit wann, welche Therapie?	<input type="checkbox"/> ja, seit <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Diät <input type="checkbox"/> Tabletten <input type="checkbox"/> Insulin
Schilddrüsenfunktionsstörung	<input type="checkbox"/> Überfunktion <input type="checkbox"/> Unterfunktion
Schlafapnoe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Tumorleiden; → wenn ja: Diagnose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Allergien → wenn ja: Welche? (Allergiepaß vorlegen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
andere Erkrankungen → wenn ja: Welche?	

Datum und Unterschrift: