

Anamnesebogen

Name:	Geb. Datum:
Letzter Augenarztbesuch:	Hausarzt:
Augenanamnese:	
Glaukom (Grüner Star) → seit wann?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie Brillen- bzw. Kontaktlinsenträger? Seit wann ungefähr?	<input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Kontaktlinsen <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> hart
andere Augenerkrankungen/Augen-Operationen?	
Nehmen Sie regelmäßig Augentropfen? Welche? (Name, Dosierung)	
Allgemeine Anamnese:	Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen?
Blutdruckprobleme	<input type="checkbox"/> zu hoch <input type="checkbox"/> zu niedrig <input type="checkbox"/> nicht bekannt
Zustand nach Herzinfarkt oder Schlaganfall	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Infarkt <input type="checkbox"/> Schlaganfall
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Kopfschmerzen / Migräne?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Asthma	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Diabetes mellitus → Therapie?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit <input type="checkbox"/> Diät <input type="checkbox"/> Tabletten <input type="checkbox"/> Insulin
Schilddrüsenfunktionsstörung	<input type="checkbox"/> Überfunktion <input type="checkbox"/> Unterfunktion
Schlafapnoe/ Atemaussetzer	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Tumorleiden → ggf. Diagnose	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Allergien → welche? (Allergiepass vorlegen, falls vorhanden)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Rheumatische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Datum und Unterschrift: