

## Anamnesebogen

Name:	Geb. Datum:
Letzter Augenarztbesuch:	Hausarzt:
<b>Augenanamnese:</b>	
Glaukom (Grüner Star) → seit wann?	<input type="checkbox"/> ja <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> nein</span>
Sind Sie Brillen- bzw. Kontaktlinsenträger? Seit wann ungefähr?	<input type="checkbox"/> Brille <span style="margin-left: 50px;"><input type="checkbox"/> Kontaktlinsen</span> <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> hart</span>
andere Augenerkrankungen/Augen-Operationen?	
Nehmen Sie regelmäßig Augentropfen? Welche? (Name, Dosierung)	
<b>Allgemeine Anamnese:</b>	<b>Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen?</b>
Blutdruckprobleme	<input type="checkbox"/> zu hoch <span style="margin-left: 50px;"><input type="checkbox"/> zu niedrig</span> <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 <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> ja</span>
Kopfschmerzen / Migräne?	<input type="checkbox"/> nein <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> ja</span>
Asthma	<input type="checkbox"/> nein <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> ja</span>
Diabetes mellitus → Therapie?	<input type="checkbox"/> nein <span style="margin-left: 50px;"><input type="checkbox"/> ja, seit</span> <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 <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> ja</span>
Tumorleiden → ggf. Diagnose	<input type="checkbox"/> nein <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> ja</span>
Allergien → welche? (Allergiepass vorlegen, falls vorhanden)	<input type="checkbox"/> nein <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> ja</span>
Rheumatische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> nein <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> ja</span>

Datum und Unterschrift: