

# Anamnesebogen

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie folgende Fragen möglichst vollständig zu beantworten. Selbstverständlich werden diese Angaben vertraulich behandelt.

Den ausgefüllten Bogen können Sie gleich dem behandelnden Arzt zur Untersuchung mitbringen oder vorher bei den Arzthelferinnen abgeben.

1. Wie heißt Ihr Hausarzt?

Was ist der Grund Ihres Kommens?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Haben Sie eine Brille? Nein  Wenn ja, welche : Lesebrille  Fernsichtbrille  Gleitsichtbrille

2. Sind Sie schon einmal an den Augen operiert worden? ja  nein

Wenn ja: in welchem Krankenhaus wurde die OP durchgeführt und wann war das?

\_\_\_\_\_

Falls ja: wissen Sie was operiert wurde?

\_\_\_\_\_

3. Haben Sie als Kind rechts und links gleich gut gesehen? ja  nein

Haben Sie geschielt? ja  nein

4. Ist bei Ihnen erhöhter Augendruck bekannt? ja  nein

(Grüner Star/Glaukom)

5. Welche Augentropfen wenden Sie aktuell an?

\_\_\_\_\_

6. Leiden Sie an:

seit wann ?

Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) ja  nein  \_\_\_\_\_

Bluthochdruck ja  nein  \_\_\_\_\_

Hepatitis / HIV ja  nein  \_\_\_\_\_

Asthma ja  nein  \_\_\_\_\_

Herzerkrankung ja  nein  \_\_\_\_\_

sonstige schwere Erkrankungen \_\_\_\_\_

7. Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? ja  nein

Wenn ja: welche? \_\_\_\_\_

8. Nehmen Sie regelmäßige Medikamente? ja  nein

Wenn ja: welche? \_\_\_\_\_

9. Sind bei Ihnen Allergien bekannt? ja  nein

(z.B. gegen Penicillin, Jod, Kontrastmittel, Pflaster oder Wollwachs)

Wenn ja: welche? \_\_\_\_\_