

Anamnesebogen Augen

Liebe Patientin, lieber Patient,

04/24II

um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie den nachfolgenden Fragebogen auszufüllen.

Persönliche Daten	
Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Beruf:
Telefon:	Handy:
E-Mail:	Hausarzt:

Sind folgende **Erkrankungen** bei Ihnen bekannt? Wenn ja, seit wann?

Ja	Nein	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck, seit _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus Typ I <input type="checkbox"/> , Typ II <input type="checkbox"/> seit _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fettstoffwechselstörungen, erhöhte Cholesterinwerte
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt, am _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall, am _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen in den Beinen, seit _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thrombose, am _____ wo _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungenembolie, am _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungenerkrankungen, Asthma bronchiale, chronische Bronchitis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magendarmerkrankungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychische Erkrankungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergien, welche _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis (Gelbsucht)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV / AIDS

Welche **Medikamente** nehmen Sie zurzeit ein? **Oder legen Sie uns Ihren Medikamentenplan vor**

Medikament	Dosis	Morgens	Mittags	Abends	Zur Nacht	Bemerkung

Welche **Medikamentenunverträglichkeiten** sind bekannt?

Medikament	Unverträglichkeitserscheinung	Zeitraum der Einnahme

Sehhilfen

Ja	Nein	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesebrille, seit _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fernsichtbrille seit _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mehrstärkenbrille (Gleitsicht- oder Multifokalgläser) seit _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kontaktlinsen seit _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Linienimplantat nach grauer Star-OP oder Unfall seit _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andere Sehhilfen zB Lupenbrille seit _____

Spezielle augenärztlichen Erkrankungen

Ja	Nein	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grüner Star (Glaukom), seit _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grauer Star (Katarakt) seit _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fehlsichtigkeit
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schielen Sie oder sind Sie wegen Schielens operiert worden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Makuladegeneration
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Netzhauterkrankung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trockenes Auge (Sicca-Syndrom), wenn ja bitte weiteren Bogen ausfüllen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tränende Augen (zB. Tränenkanalenge)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaskörperabhebung, -trübung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Farbsinnstörung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andere Augenerkrankungen oder Augen-OP's _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychische Erkrankungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergien, welche _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis (Gelbsucht)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV / AIDS

Richtigkeit der Angaben und Einverständniserklärung:

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und erkläre mich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten unter Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht sowie unter Beachtung der Datenschutzrechtlichen Bedingungen nach DSGVO und BOSG verarbeitet werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten:

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!