



## Anamnesebogen

Datum:

Name, Vorname:  Geburtsdatum:

Straße:  Wohnort:

Telefonnummer:  E-Mail-Adresse:

1 Sind Sie gesetzlich krankenversichert?  nein  ja

**Wenn ja**, wie heißt die Krankenkasse?

Haben Sie eine private Zusatzkrankenversicherung?  nein  ja

2 Sind Sie privat versichert?  nein  ja

**Wenn ja**, wie heißt die Privatversicherung?

3 Wie heißt Ihr behandelnder Hausarzt?

4 Liegen bei Ihnen Allergien vor?

Heuschnupfen  nein  ja

Asthma  nein  ja

Jodallergie  nein  ja

Salben bzw. Kontaktallergie  nein  ja

Sonstige:

5 Sind Sie Diabetiker?  nein  ja, seit   Typ I  Typ II

**Wenn ja**, sind die Blutzucker-Werte stabil oder stark schwankend?

stabil  schwankend  nicht bekannt

Wird der Diabetes mit Tabletten und/oder Insulin behandelt?

Tabletten seit   Insulin seit

Kennen Sie Ihren HbA1c-Wert (=Blutzucker-Langzeit-Wert)

nein  ja, zuletzt am:  betrug der Wert:



6 Leiden Sie an Schilddrüsenerkrankungen?  nein  ja

**Wenn ja**, an  Schilddrüsen-Überfunktion  Schilddrüsen-Unterfunktion

Nehmen Sie dagegen Medikamente ein?  nein  ja, welche?

7 Leiden Sie an Rheuma?  nein  ja

**Wenn ja**, welches Medikamente nehmen Sie ein?

8 Haben Sie zu hohen Blutdruck?  nein  ja

Haben Sie zu niedrigen Blutdruck?  nein  ja

9 Hatten Sie schon mal einen Herzinfarkt oder Schlaganfall?  nein  ja

**Wenn ja**, werden dagegen Medikamente eingenommen?

nein  ja, welche?

10 Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? (z.B. Aspirin, Marcumar,...)

nein  ja, welche?

11 Gibt es in Ihrer Blutsverwandtschaft Erkrankungen?

(z.B. Diabetes mellitus, Krebs, Schlaganfall, Herzinfarkt, Bluthochdruck,...)

nein  ja, welche?

12 Haben Sie als Kind immer mit beiden Augen gleich gut gesehen oder eines schon immer schlechter?  beide gleich gut  rechts schlechter  links schlechter

13 Haben Sie als Kind oder später geschleht?  nein  ja

**Wenn ja**, von welcher Klinik oder von welchem Augenarzt wurde dies behandelt?

14 Tragen oder trugen Sie eine Sehhilfe?  nein  ja, Fern-, Lese-, Mehrstärkenbrille

**Wenn ja**, wann und von welchem Optiker haben Sie Ihre aktuelle Sehhilfe erhalten?



15 Wurden Sie schon an den Augen operiert oder gelasert?

nein  ja, wegen

16 Gibt es in Ihrer Blutsverwandtschaft Augenerkrankungen? (z.B. Makuladegeneration, Grüner/Grauer Star oder Netzhautablösung)  nein  ja, welche?

17 Nehmen Sie regelmäßig Augentropfen, Augensalben oder Tabletten für die Augen?

nein  ja, seit wegen

nehme ich täglich:

18 Welche aktuellen Beschwerden oder Anliegen führen Sie heute zum Augenarzt?

Kontrolle  neue Brille  Sehverschlechterung

andere Beschwerden

Sonstige Anmerkungen:

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Ihr Augenforum Dr. med. G. Heußen