



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