

## Anamnesebogen

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

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

**Grund der Vorstellung:** \_\_\_\_\_

<u>Augenanamnese</u>	<u>nein</u>	<u>ja</u>
Seit wann haben Sie aktuell eine Sehverschlechterung?	<input type="radio"/>	seit:
Tragen Sie eine Brille?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Lese-/ Fern-/Bifokal-/ Gleitsichtbrille
Tragen Sie Kontaktlinsen?  <i>Falls ja, haben Sie diese in den letzten zwei Wochen getragen?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> weiche Kontaktlinsen <input type="radio"/> harte Kontaktlinsen  <input type="radio"/> wann zuletzt?
Hatten Sie als Kind oder als Jugendlicher Probleme mit Ihren Augen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Schwachsichtigkeit („Amblyopie“) <input type="radio"/> Schielen
Hatten Sie jemals eine Augenverletzung (z.B. Schlag aufs Auge)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> was ist passiert und wann?
Haben Sie Augenerkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Katarakt (Grauer Star) <input type="radio"/> Glaukom (Grüner Star) <input type="radio"/> Hornhauterkrankung <input type="radio"/> andere:
Hatten Sie Entzündungen des Augeninneren (Uveitis, Regenbogenhautentzündung)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> welcher Art, wann zuletzt?
Wurden Sie schon an den Augen operiert/gelasert? <i>Falls ja, welche Eingriffe wurden durchgeführt und wann?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Katarakt-OP (Graue Star-OP) <input type="radio"/> Glaukom-OP (Grüner Star-OP) <input type="radio"/> Hornhaut-OP <input type="radio"/> andere:
Nehmen Sie Augentropfen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> ja, welche?

**BITTE WENDEN >>**

<b><u>Allgemeine Gesundheit</u></b>	<b><u>nein</u></b>	<b><u>ja</u></b>
Haben Sie allgemeine Erkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Bluthochdruck <input type="radio"/> Herzerkrankungen <input type="radio"/> Herzkranzgefäßerkrankung (KHK) <input type="radio"/> Herzschwäche (Herzinsuffizienz) <input type="radio"/> Herzschrittmacher oder -defibrillator <input type="radio"/> Asthma/COPD oder andere Lungenerkrankungen <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankung <input type="radio"/> Lebererkrankung <input type="radio"/> Nierenerkrankung <input type="radio"/> Diabetes Mellitus (Zuckerkrankheit) <input type="radio"/> Typ 1 <input type="radio"/> Typ 2 <input type="radio"/> Rheumatische Erkrankung <input type="radio"/> andere:
Haben/oder hatten Sie ansteckende Infektionskrankheiten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Hepatitis A/ B/ C <input type="radio"/> HIV <input type="radio"/> „Krankenhauskeime“ (z.B. MRSA) <input type="radio"/> andere:
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> ja und zwar (nur Name):
Haben Sie Allergien?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Jodallergie <input type="radio"/> Pflasterallergie <input type="radio"/> Latexallergie <input type="radio"/> Konservierungsmittelallergie <input type="radio"/> gegen folgende Medikamente:

**Datum/ Unterschrift Patient:** \_\_\_\_\_