

Anamnesebogen

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

Hausarzt:

Allgemeinerkrankungen:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Morbus Crohn |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa |
| <input type="checkbox"/> zu niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> zu hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Hörsturz |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen |
| <input type="checkbox"/> hoher Cholesterinwert | Sonstige: | |

Allgemeinmedikation:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tabletten gegen hohen Blutdruck | <input type="checkbox"/> Schmerzmittel | <input type="checkbox"/> Antirheumatika |
| <input type="checkbox"/> Diuretika (Wassertabletten) | <input type="checkbox"/> Antibabypille | <input type="checkbox"/> Antihistaminika |
| <input type="checkbox"/> Tabletten wegen Diabetes | <input type="checkbox"/> Insulin | |
- Sonstige:

Augenkrankheiten in der Blutsverwandtschaft:

- | | | |
|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Makuladegeneration | <input type="checkbox"/> Glaukom (Grüner Star) | <input type="checkbox"/> Grauer Star |
| <input type="checkbox"/> Netzhautablösung | <input type="checkbox"/> Schielen | |

Bereits durchgeführte Augen-Operationen:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Grauer Star (li. / re. Auge) | <input type="checkbox"/> Laser (li. / re. Auge) | <input type="checkbox"/> Schiel-OP (li. / re.) |
|---|---|--|

Kontaktlinsen (ja/nein): hart weich Tageslinsen Monatslinsen

Regelmäßige Anwendung von Augentropfen:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Künstliche Tränen: | <input type="checkbox"/> Antiglaukomatosa: |
|---|--|

Einnahme von Vitaminen/Nahrungsergänzungsmitteln:

- | | |
|------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja: | <input type="checkbox"/> nein |
|------------------------------|-------------------------------|

Grund des Besuches:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kontrolle | <input type="checkbox"/> Neue Brille | <input type="checkbox"/> Sehverschlechterung |
| <input type="checkbox"/> Tränende Augen | <input type="checkbox"/> Fremdkörpergefühl | <input type="checkbox"/> Schmerzen |
| <input type="checkbox"/> Jucken | <input type="checkbox"/> Trockene Augen | <input type="checkbox"/> Bildschirmarbeitsplatz |
| <input type="checkbox"/> Kontaktlinsen | <input type="checkbox"/> Vitamine | <input type="checkbox"/> Nahrungsergänzung |