



## Anamnesebogen Augenzentrum Kraichgau

Wir weisen darauf hin, dass die Angaben auf dem Anamnesebogen freiwillig sind!

Patientenname:	
Geburtsdatum:	
Hausarzt:	
Letzter Augenarztbesuch:	
<b>Augenanamnese:</b>	
Grund der Vorstellung	<input type="checkbox"/> Kontrolle <input type="checkbox"/> Akut
Akut, wenn ja welche Beschwerden?	
Glaukom (Grüner Star)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Cataract (Grauer Star)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie Brillen- bzw. Kontaktlinsenträger?	<input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Kontaktlinsen
Fernbrille seit	
Kontaktlinsen	<input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> hart
Andere Augenerkrankungen → wenn ja, welche?	
Therapie (Augentropfen) – wenn ja welche?	
Operationen → wann ja, wann und welche?	
Kopfschmerzen /Migräne?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Allgemeine Anamnese</b> (bitte ankreuzen)	
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja    wie viel? <input type="checkbox"/> nein
Arbeiten Sie an einem EDV-Bildschirm?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Haben Sie folgende Erkrankungen?</b>	
Arterielle Hypertonie (Bluthochdruck)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Arterielle Hypotonie (niedriger Blutdruck)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schlaf-Apnoe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Diabetes mellitus (Typ I oder II)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Typ <input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsenüberfunktion	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsenunterfunktion	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hatten Sie einen Schlaganfall?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hatten Sie einen Hörsturz?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Allergien	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
andere Erkrankungen wenn ja → welche	

Datum und Unterschrift Patient