



Allgemein - Anamnese

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Hausarzt: _____

Telefonnummer: _____

Beruf: _____

E-Mail-Adresse: _____

Führerschein: ja nein

Leiden Sie an hohem Blutdruck? ja nein

Wenn ja, seit wann? _____ letzter RR Wert? _____

Haben Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

Hatten Sie einen Herzinfarkt? Wenn ja, wann? _____ ja nein

Sind Sie Diabetiker? ja nein

Wenn ja, seit wann? _____ letzter HbA1c? _____ %

Tabletten Insulinpflichtig Diät (zutreffendes bitte ankreuzen)

Leiden Sie an Rheuma? ja nein

Leiden Sie an einer Schilddrüsenerkrankung? ja nein

Bestehen Allergien gegen Medikamente oder deren Inhaltsstoffe? ja nein

Wenn ja, gegen welche?

Haben Sie Hepatitis, HIV oder andere ansteckende Erkrankungen? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Leiden Sie an anderen wichtigen Erkrankungen? ja nein

Wenn ja, welche?

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein? keine

Bitte wenden 



Augen – Anamnese

Waren Sie schon einmal beim Augenarzt? ja nein

Wenn ja, wann zuletzt _____ Monat/Jahr

Tragen Sie eine Brille? ja nein

Wenn ja, zutreffendes bitte ankreuzen

Fernbrille Nahbrille Mehrstärkenbrille (z.B. Gleitsichtbrille) wie alt? _____

Wann haben Sie Ihre 1. Brille bekommen? (In welchem Alter?) _____

Wenn ja, zutreffendes bitte ankreuzen

Fernbrille Nahbrille Mehrstärkenbrille (z.B. Gleitsichtbrille) wie alt? _____

Tragen oder haben Sie jemals Kontaktlinsen getragen? ja nein

Wurde bei Ihnen eine Fehlsichtigkeit operativ (Laser) korrigiert? ja nein

Wenn ja, wann und welches Auge wurde operiert?

Haben Sie in der Vergangenheit geschleift? ja nein

Leiden Sie an Glaukom (Grünen Star)? ja nein

Wenn nein, jemand in Ihrer Familie? ja _____

Oder andere Augenerkrankungen? ja _____

Sind Netzhauterkrankungen bekannt? ja nein

Haben Sie auf beiden Augen immer gleich gut gesehen? ja nein

Wurden Sie am Auge schon einmal operiert? ja nein

Wenn ja, wann und was wurde operiert?

Wurden Sie am Auge schon einmal gelasert? ja nein

Wenn ja, wann, welches Auge und warum wurde gelasert?

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell für Ihre Augen ein? keine

Wir weisen darauf hin, dass nach einer Pupillenerweiterung oder Anästhesie die Fähigkeit zum Führen eines Kraftfahrzeuges und / oder zum Bedienen von Maschinen 24 Stunden eingeschränkt sein kann.

Datum _____

Unterschrift Patient/in (gesetzl. Vertreter bei Minderjährigen) _____