



Anamnesebogen für Erwachsene

Name, Vorname _____

Aktuelle Telefonnummer _____

Email: _____

Geburtsdatum _____

Hausarzt _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen gewissenhaft und vollständig. Sie erleichtern unser anschließendes Gespräch. Ihre Antworten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Weshalb kommen Sie heute zu uns? _____

Augenanamnese:

Tragen Sie: Fernbrille Lesebrille Mehrstärkenbrille Contactlinsen Prismenbrille ?

Haben Sie früher auf beiden Augen gleich gut gesehen? ja nein
wenn nein: Welches war schlechter _____

Waren Sie als Kind in augenärztlicher Behandlung?

wenn ja: es wurde im Alter von ____ Jahren eine Brille verordnet
 es wurde eine Schielbehandlung durchgeführt

Augenoperationen: _____
Wann? _____

Augenverletzungen (z. B. Hornhaut) _____

Augenerkrankungen _____

Gibt es in der Familie Augenkrankheiten?

Grüner Star (Glaukom) Wer? _____ ja nein

Grauer Star (Cataract) Wer? _____

Gibt es in der Familie...

- Kurzsichtigkeit (Myopie) Weitsichtigkeit (Hyperopie) Hornhautverkrümmung (Astigmatismus)
- Hat jemand ein schlecht sehendes Auge, das mit Brille nicht besser wird? Schielen (Strabismus)
- unterschiedliche Brillenwerte zwischen rechtem und linkem Auge nicht bekannt

Was machen Sie beruflich? _____

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

Diabetes mellitus Diät ja nein

Diabetes mellitus tablettenpflichtig

Diabetes mellitus insulinpflichtig

Blutdruck hoch niedriger HbA1c-Wert: _____

seit wann: _____

gut eingestellt? ja nein

Schilddrüsenkrankheiten

Asthma

Schlaganfall/Lähmung

Herzrhythmusstörungen

Rheumatische Erkrankungen

Psychische Erkrankungen

Andere Krankheiten, wenn ja welche? _____

Sind bei Ihnen allergische Reaktionen bekannt?

Heuschnupfen ja nein

Medikamentenallergie, wenn ja welche: _____

Besitzen Sie einen Allergieausweis?

Nehmen oder nahmen Sie regelmäßig folgende Medikamente?

Blutverdünnende Medikamente: ja nein

Marcumar ASS sonstige Medikamente : _____
oder Augenmedikamente : _____

Betablocker

Cortison, wenn ja wie viel mg täglich? _____

Schilddrüsenmedikamente

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben und dass ich Änderungen beim nächsten Praxisbesuch sofort mitteile.