



Was ist der Anlass Ihres Besuches? \_\_\_\_\_

### Anamnesebogen

Patientenname			
Geburtsdatum			
Hausarzt			
Beruf			
<b>Augenanamnese:</b>			
Glaukom (Grüner Star) / oder in der Familie?	<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
Kontaktlinsen	<input type="checkbox"/> weich		<input type="checkbox"/> hart
Andere Augenerkrankungen			
Operationen > wenn ja, wann und welche? Z.B. Schiel-OP? Cataract-OP?			
<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	Std. am Tag	<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
Benutzen Sie Medikamente? Welche?	<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	Typ:	<input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsenüberfunktion	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsenunterfunktion	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein
Allergien, wenn ja > welche?	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein
andere Erkrankungen, wenn ja > welche?			

Datum und Unterschrift Patient