

Anamnesebogen

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

Patientenname:	
Geburtsdatum:	
Telefonnummer (privat oder dienstlich)	
Adresse	
Hausarzt:	
Letzter Augenarztbesuch:	
Augenanamnese:	
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?	
Operationen → wenn ja, wann und welche?	
Kopfschmerzen/Migräne?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Allgemeine Anamnese (bitte ankreuzen)	
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Arbeiten Sie an einem EDV-Bildschirm?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie folgende Erkrankungen?	
Arterielle Hypertonie (Bluthochdruck)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Arterielle Hypotonie (niedriger Blutdruck)	<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
Allergien	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
andere Erkrankungen oder Medikamente? wenn ja → welche	

Datum und Unterschrift Patient