

## Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,  
dies ist ein Fragebogen, der die wichtigsten Augen- und Allgemeinerkrankungen erfasst. Er hilft uns, Sie besser zu behandeln. Ihre Angaben sind freiwillig und werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

<b>Name:</b>				
<b>Geb. Datum:</b>				
Telefonnummer:				
Hausarzt / Kinderarzt:				
<b>Augenanamnese</b>				
Brille oder Kontaktlinsenträger?	<input type="checkbox"/> Brille		<input type="checkbox"/> Kontaktlinsen <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> hart	
Augenerkrankungen oder Augen- Operationen?  (Zutreffendes bitte ankreuzen + ggf. ausfüllen )		JA	Welches Auge?	ggf. OP?
	grüner Star/Glaukom			
	Grauer Star/Katarakt			
	Netzhauterkrankung			
	Laserbehandlung/LASIK			
	Augenverletzung			
	Angeborene Sehschwäche/Amblyopie			
Schielen/Strabismus				
Nehmen Sie regelmäßig Augentropfen?  Welche? (Name, Dosierung)				
<b>Allgemeine Anamnese</b>				
<b>Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen?</b>				
Blutdruckprobleme	<input type="checkbox"/> zu hoch  <input type="checkbox"/> zu niedrig		<input type="checkbox"/> nein	
Herzinfarkt oder Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Infarkt <input type="checkbox"/> Schlaganfall		<input type="checkbox"/> nein	
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	
Migräne?	<input type="checkbox"/> ja                      wie oft?		<input type="checkbox"/> nein	

Asthma/Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein</span> Medikamente:
Diabetes mellitus → Therapie?	<input type="checkbox"/> ja, seit <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein</span> <input type="checkbox"/> Diät <input type="checkbox"/> Insulin <input type="checkbox"/> Tabletten letzter HbA1c-Wert?
Schilddrüsenfunktionsstörung	<input type="checkbox"/> Überfunktion <input type="checkbox"/> Unterfunktion <input type="checkbox"/> nicht bekannt Medikamente:
Schlafapnoe/ Atemaussetzer	<input type="checkbox"/> ja <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein</span>
Tumorleiden	<input type="checkbox"/> ja welche? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein</span> Medikamente:
Allergien (Allergiepass vorlegen, falls vorhanden)	<input type="checkbox"/> ja welche? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein</span> Medikamente:
Rheumatische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja welche? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein</span> Medikamente:
Neurologische Erkrankungen (z.B. MS, Parkinson, Epilepsie, Depression, andere?)	<input type="checkbox"/> ja welche? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein</span> Medikamente:
Infektionserkrankungen (z.B. Herpes, Hepatitis, HIV)	<input type="checkbox"/> ja welche? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein</span> Medikamente:
Andere Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja welche? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein</span> Medikamente:

Die Information zur Speicherung der personenbezogenen Daten gem. Art. 13 und 14 DSGVO (AA-09.1.1) habe ich erhalten.

---

**Datum und Unterschrift:**