



## Fragebogen Patientenanamnese

Sehr geehrte Patienten,

uns ist es wichtig eine gute Beratung und Behandlung zu gewährleisten. Dazu ist es notwendig, einige Informationen über Ihre Krankenvorgeschichte zu erhalten. Wir bitten Sie daher, den vorliegenden Fragebogen gewissenhaft und ausführlich auszufüllen.

**Vielen Dank, Ihr Praxisteam!**

### 1. Persönliche Daten

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_ Jahre      Größe: \_\_\_\_\_ m      Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Hausarzt: \_\_\_\_\_

**Bitte kreuzen Sie an:**

### 2. Was ist Ihr heutiger Vorstellungsgrund?

○ **Beschwerden** Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

○ **Sehverschlechterung** Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_

○ rechtes Auge

○ linkes Auge

○ **Vorbereitung zur O** Welche OP? \_\_\_\_\_

○ rechtes Auge

○ linkes Auge

**3. Fragen zur Brille?** Tragen Sie eine Brille?    ○ ja      ○ nein

Wann haben Sie ihre erste Lesebrille bekommen? \_\_\_\_\_

Wann haben Sie ihre erste Fernbrille bekommen? \_\_\_\_\_

### 4. Haben Sie als Kind auf beiden Augen gleich gut gesehen?

○ ja

○ nein

Welches Auge war das schlechtere?    ○ rechtes Auge    ○ linkes Auge



**5. Haben Sie jemals geschickt?**

nein

ja      Welches Auge?       rechtes Auge       linkes Auge

**6. Sind Sie nachtblind?**       nein       ja

**7. Sind Ihre Augen schon einmal operiert worden?**

nein

ja    Welches Auge?     rechtes Auge     linkes Auge

Wann? \_\_\_\_\_

Wo? \_\_\_\_\_

Was wurde operiert? \_\_\_\_\_

**8. Sind Sie schon einmal gelasert worden?**

nein

ja    Welches Auge?     rechtes Auge     linkes Auge

Wann? \_\_\_\_\_

Wo? \_\_\_\_\_

Was wurde gelasert? \_\_\_\_\_

**9. Tropfen Sie regelmäßig Augentropfen?**

nein

ja    Welches Auge?     rechtes Auge     linkes Auge

Welche Augentropfen? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**10. Sind in Ihrer Familie Augen- und/ oder Allgemeinerkrankungen bekannt?**

nein



ja Welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**11. Was machen Sie beruflich/ haben Sie beruflich gemacht? Sind**

**Sie berentet?** \_\_\_\_\_

**12. Haben Sie einen Führerschein?**  ja  nein

**13. Fahren Sie noch Auto?**  ja  nein

**14. Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?**

nein

ja Welche? \_\_\_\_\_

**15. Welche Medikamente nehmen Sie ein?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**16. Leiden/ litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen?**

- |  |  |                                   |
|--|--|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> hoher Blutdruck        | <input type="radio"/> Rheuma                     | <input type="radio"/> Gicht       |
| <input type="radio"/> Thrombose              | <input type="radio"/> Schlaganfall               | <input type="radio"/> Herzinfarkt |
| <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="radio"/> Nierenerkrankungen         |                                   |
| <input type="radio"/> Prostataerkrankung     | <input type="radio"/> neurologische Erkrankungen |                                   |

**17. Haben oder hatten Sie eine Krebserkrankung?**

nein

ja Welche? \_\_\_\_\_

Wann? \_\_\_\_\_

Welche Therapie? \_\_\_\_\_

Bisherige Kontrollen unauffällig? \_\_\_\_\_



**18. Sind Sie Diabetiker?**

- nein
- ja     Typ I     Typ II (Altersdiabetiker)

Seit wann? \_\_\_\_\_

- Wie erfolgt die Therapie des Diabetes?
- Diät
  - Tabletten
  - Insulin

Wie ist ihr Langzeitzuckerwert (HbA1c)? \_\_\_\_\_

Haben Sie Folgeerkrankungen durch den Diabetes?

- Nierenschädigung                       Dialyse
- diabetischer Fuß                           Zehenamputation
- Nervenprobleme

**19. Sind Sie schon einmal operiert worden?**

- nein
- ja            Welche OP? \_\_\_\_\_
- Wann? \_\_\_\_\_
- Wo? \_\_\_\_\_

**20. Haben Sie Allergien?**

- nein
- ja            Welche? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**Datum** \_\_\_\_\_

**Unterschrift** \_\_\_\_\_