



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 _____