

Anamnesebogen

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Wohnort, Straße: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Name Ihres Hausarztes: _____

Name Ihres Augenarztes: _____

1. Haben Sie Beschwerden? nein ja

wenn **ja**, schildern Sie Ihre Beschwerden: _____

wenn **nein**, Grund Ihres Besuchs: _____

2. Tragen Sie Kontaktlinsen? nein ja

3. Tragen Sie ständig oder gelegentlich eine Brille? nein ja, Alter d. Brille: _____

4. Nehmen Sie Tropfen/Medikamente für die Augen ein? nein ja

Wenn **ja**, welche: _____

5. Wurden Sie bereits an den Augen operiert? nein ja

Wenn **ja**, wann und welche OP? _____

6. Haben Sie am Auge Spritzen (IVOM) erhalten? nein ja

Wenn **ja**, aufgrund von: AMD Diabetes Andere: _____

7. Hatten Sie eine Verletzung des Auges? nein ja

Wenn **ja**, welche und wann: _____

Anamnesebogen

1. Liegen bei Ihnen Allergien vor?

- Heuschnupfen Asthma Jodallergie Salben- bzw. Kontaktallergie

Sonstige: _____

2. Sind Sie Diabetiker? nein ja, Typ I ja, Typ II

3. Haben Sie hohen Blutdruck? nein ja

4. Hatten Sie einen Herzinfarkt? nein ja

5. Hatten Sie einen Schlaganfall? nein ja

6. Leiden Sie an Schilddrüsenerkrankungen? nein ja

7. Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? nein ja

8. Nehmen Sie Prostatamedikamente? nein ja

9. Gibt es Augenkrankheiten in der Familie? nein ja

Wenn ja, welche: _____

10. Nehmen Sie sonstige wichtige Medikamente ein? nein ja

Wenn ja, welche: _____

11. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

12. Vorsorgeuntersuchungen:

- Bitte informieren Sie mich über Vorsorgeleistungen (individuelle Gesundheitsleistungen)
 Ich wünsche KEINE Vorsorgeleistungen

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Ihr Team der Augenarztpraxis an der Alten Oper.

DSGVO: Ich willige der Erhebung, der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze, sowie der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ein. Die Patienteninformation zur Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) wurde mir ausgehändigt.

Datum: _____ Unterschrift Patient/-in: _____