

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit der Beantwortung der folgenden Fragen tragen Sie tatkräftig zur gezielten Behandlung Ihrer Augen bei. Sollte es Unklarheiten geben, stehen wir Ihnen gerne hilfreich zur Seite.

<b>Besuchsgrund</b>				
<input type="checkbox"/> Untersuchung	<input type="checkbox"/> Operation	<input type="checkbox"/> andere: _____		
Private Zusatzversicherung vorhanden?		<input type="checkbox"/> Ja, stationär	<input type="checkbox"/> Ja, ambulant	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Ist bei Ihnen folgendes bekannt?</b>				
			Rechtes Auge	Linkes Auge
Augenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Wenn ja, welche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frühere Augenoperationen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Wenn ja, welche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frühere Laserbehandlungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Wenn ja, welche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frühere Augenverletzungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Wenn ja, welche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augenprothese	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Tragen Sie Sehhilfen?</b>				
Brillen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Wenn ja, welche: <input type="checkbox"/> Lesebrille <input type="checkbox"/> Fernbrille	Seit wann?	
Kontaktlinsen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
<b>Haben Sie Allergien / Unverträglichkeiten?</b>				
	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Wenn ja, welche: <input type="checkbox"/> Konservierungsmittel <input type="checkbox"/> Medikamente: _____ _____	<input type="checkbox"/> Pflaster <input type="checkbox"/> Andere: _____ _____	
<b>Informationen zum Allgemeinzustand</b>				
Stoffwechselerkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Wenn ja, welche: <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Tabletten <input type="checkbox"/> Insulin <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung	Seit wann?	

# ANAMNESEBOGEN

Informationen zum Allgemeinzustand			
Herz-Kreislaufkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Wenn ja, welche: <input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Herzrhythmus-Störungen <input type="checkbox"/> künstliche Herzklappe <input type="checkbox"/> Bluthochdruck	Seit wann?
Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Wenn ja, welche: <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> COPD	Seit wann?
Organerkrankungen (z.B. Nieren)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Wenn ja, welche:	Seit wann?
Infektiöse Erkrankungen (z.B. HIV, Hepatitis, MRSA)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Wenn ja, welche:	Seit wann?
Neurologische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Wenn ja, welche: <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> M. Parkinson	Seit wann?
Krebsleiden	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Wenn ja, welche:	
Schwangerschaft / Stillzeit	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Frühere Operationen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Wenn ja, welche:	
Nehmen Sie eines oder mehrere dieser Medikamente?			
Augentropfen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Wenn ja, welche:	
Blutverdünner	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Wenn ja, welche:	
Medikamente bei Prostataleiden	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Wenn ja, welche:	
Sonstige Medikamente	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Wenn ja, welche:	
weitere Angaben			
Tabakkonsum	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja Menge?	Seit wann?
Alkoholkonsum	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja Menge?	Seit wann?
Hörgerät	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	

**Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben.**

**Bitte Medikamentenliste beifügen, falls vorhanden.**

Datum

Unterschrift des/der Patienten/in oder des/der gesetzlichen Vertreters/Vertreterin