



Anamnesebogen

Name, Vorname	
Hausarzt	
Letzter Augenarztbesuch	
Augenanamnese	
Brille	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein seit
Kontaktlinsen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
Operationen Welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
Glaukom	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
andere Augenerkrankungen Welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
Augentropfen, auch frei verkäufliche Welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
Allgemeine Anamnese	
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
PC-Arbeit? Wie viele Stunden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Tabletten <input type="checkbox"/> Insulin HbA1 ____
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
Op an Herz oder Gefäßen (Bypass, Stent, Schrittmacher, Carotis-OP)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> mit Augenbeteiligung
Rheuma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein

Asthma	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
Hörsturz / Tinnitus	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
Migräne / Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
Andere Erkrankungen Welche?		
Allergien	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
Medikamente		
Familiäre Belastung für Grünen Star, Makuladegeneration	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?	<input type="checkbox"/> Empfehlung von privat <input type="checkbox"/> Telefonbuch <input type="checkbox"/> Praxishomepage (www.augenarzt-fiedler.de) <input type="checkbox"/> Internet (Suchmaschine)	

Datum / Unterschrift (Patient/ Patientin)