

Anamnesebogen

Augenärzte am Bankplatz

Patientenname:		
Geburtsdatum:		
Telefon-Nummer:		
Email-Adresse:		
Hausarzt:		
Letzter Augenarztbesuch (Datum):		
Augenanamnese:		
Glaukom (Grüner Star) schon festgestellt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Katarakt (Grauer Star) schon festgestellt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind Sie Brillen Kontaktlinsenträger?	<input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> Kontaktlinsen
Fernbrille Nahbrille	seit (Jahr):	
Kontaktlinsen	seit (Jahr):	<input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> hart
Andere Augenerkrankungen Wenn ja, welche?		
Operationen Wenn ja, wann und welche?		
Kopfschmerzen Migräne?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Allgemeine Anamnese		
Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein ca. ____ Stck. Zigaretten am Tag
Arbeiten Sie an einem EDV- Bildschirm?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie folgende Erkrankungen:		
Arterielle Hypertonie (Bluthochdruck)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Arterielle Hypotonie (niedriger Blutdruck)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> ja Typ: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Insulin <input type="checkbox"/> Tabletten Letzter HbA _{1c} : _____ [%]
Folgeschäden, z.B. Gefühlsstörung in Füßen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsenunter- oder -überfunktion	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hatten Sie einen Schlaganfall?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hatten Sie einen Hörsturz Tinnitus?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Allergien	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein welche:
andere Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein welche:
Welche Medikamente nehmen Sie ein? (auch Augentropfen)	
Familiäre Belastung mit Schlaganfall, Glaukom oder Makuladegeneration?	<input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> Glaukom <input type="checkbox"/> Makuladegeneration
Dürfen wir bei Bedarf einen Bericht oder Brief Ihrem Hausarzt übermitteln?	<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 / Gelbe Seiten <input type="checkbox"/> Praxishomepage (www.augen-braunschweig.de) <input type="checkbox"/> Internet (Suchmaschine) <input type="checkbox"/> Internet (Ärztewertungsportal), Name:

Datum | Unterschrift (Patient)

Die erhobenen Daten werden ausschließlich in Ihrer Patientenakte bei uns gespeichert.

Zu Fragen zum Datenschutz stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Ihr Praxisteam