



Herzlich Willkommen in der Augenklirik Regensburg, um Ihnen eine optimale Behandlung bieten zu können, benötigen wir vorab einige Informationen von Ihnen. Sollten Sie Fragen haben, stehen wir Ihnen jederzeit zur Verfügung. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht, sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Sollten sich Ihre Angaben bezüglich der Anamnese oder Ihre Personalien ändern, bitten wir Sie uns diese Änderungen mitzuteilen.

ANAMNESEBOGEN

Patientin / Patient

| | |
|---|----------------------|
| Name, Vorname | <input type="text"/> |
| Geburtsdatum | <input type="text"/> |
| Größe | <input type="text"/> |
| Gewicht | <input type="text"/> |
| Beruf | <input type="text"/> |
| Hausarzt (Name, Ort) | <input type="text"/> |
| Augenarzt (Name, Ort) | <input type="text"/> |
| Ich war zuletzt bei meinem Augenarzt am | <input type="text"/> |

Augenmedizinische Fragen

Verwenden Sie regelmäßig Augentropfen?

ja nein

Wenn ja, welche?

| | | |
|--|----|------|
| Ist bei Ihnen ein Grüner Star (Glaukom) bekannt? | ja | nein |
| Ist bei Ihnen ein Grauer Star (Katarakt) bekannt? | ja | nein |
| Bestehen bei Ihnen Netzhautprobleme? | ja | nein |
| Ist bei Ihnen Schielen bekannt? | ja | nein |
| Haben Sie als Kind mit beiden Augen gleich gut gesehen? | ja | nein |
| Wurde bei Ihnen eine Fehlsichtigkeit korrigiert (z.B. LASIK, Trans PRK und ICL)? | ja | nein |
| Wurden Sie bereits an den Augen operiert? | ja | nein |

Bestehen bei Ihnen in der Familie folgende Vorerkrankungen:

| | | |
|----------------------|---------------------|--------------------|
| Grauer Star/Katarakt | Grüner Star/Glaukom | Makuladegeneration |
| Andere/Weitere | ja | nein |

Wenn ja, welche?

Allgemeinmedizinische Fragen

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

ja nein

Wenn ja, welche?

Haben Sie einen Medikamentenplan?

ja nein

(Wenn ja, bitte zum Termin mitbringen)

Besteht eine Schwangerschaft?

ja nein

Rauchen Sie?

ja nein

Trinken Sie Alkohol?

ja nein

Nehmen Sie Drogen? Wenn ja, welche?

ja nein

Haben Sie oder hatten Sie folgende Krankheiten?

Rheumatische Erkrankungen

ja nein

Dermatologische Erkrankungen (z.B. Neurodermitis)

ja nein

Zuckerkrankheit (Diabetes)

ja nein

Lungenerkrankungen (z.B. Tuberkulose)

ja nein

Lebererkrankungen (z.B. Hepatitis)

ja nein

HIV, AIDS

ja nein

Blutkrankheit (z.B. Gerinnungsstörung)

ja nein

Asthma

ja nein

Wurde bei Ihnen Demenz diagnostiziert?

ja nein

Neurologische Erkrankungen

ja nein

Wenn ja, welche?

Gastrointestinale Erkrankungen (z.B. Sodbrennen)

ja nein

Psychische Erkrankungen (z.B. Depression)

ja nein

Allergien/Überempfindlichkeiten gegen Medikamente

ja nein

Wenn ja, welche?

(z.B. Penicillin, Jod, Örtliche Betäubung)

Herz- und Kreislauferkrankungen

ja nein

Herzinfarkt

ja nein

Bluthochdruck

ja nein

Herzschrittmacher

ja nein

Andere Erkrankungen

ja nein

Wenn ja, welche?

Ich bestätige, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.