

Herzlich Willkommen in der Augenklinik 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<br>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 <b>als Kind mit beiden Augen</b> 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? Haben Sie einen Medikamentenplan?

ja nein

ja nein

Wenn ja, welche?

(Wenn ja, bitte zum Termin mitbringen)

Besteht eine Schwangerschaft?

Rauchen Sie?

Trinken Sie Alkohol?

ja nein

ja nein

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 |
| Herzschritmacher                | ja | nein |
| Andere Erkrankungen             | ja | nein |

Wenn ja, welche?

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

Denken Sie bitte daran, zu Ihrem Termin Ihre Versichertenkarte mitzubringen.  
Privatpatienten und Selbstzahler bitten wir, einen gültigen Personalausweis vorzulegen.