

Anamnesebogen

Ihr Name

Gab es in der Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern) folgende Erkrankungen?

- | | | |
|----------------------------------|---|---|
| ☐ Keine | ☐ Makuladegeneration | ☐ Netzhautablösung |
| ☐ Glaukom | ☐ Myopie (Kurzsichtigkeit) | ☐ Netzhautdystrophie
(z.B. Retinopathia Pigmentosa) |

Allergien:

- | | | |
|--------------------------------|---------------------------------------|--|
| ☐ Keine | ☐ Heuschnupfen | ☐ Pflasterallergie |
| ☐ Jod | ☐ Andere | ☐ Medikamente |

Allgemeinerkrankungen:

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Keine | ☐ Schilddrüsenerkrankung | ☐ Krebserkrankung |
| ☐ Diabetes: ☐ Typ 1 / ☐ Typ 2 seit ____ Jahre ☐ Keine Therapie ☐ Medikamente ☐ Insulin | | |
| ☐ Schlaganfall | ☐ Herzinfarkt | ☐ Asthma |
| ☐ Bluthochdruck | ☐ Niereninsuffizienz | |

Medikamente:

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Keine | ☐ Blutdruckmedikament | ☐ Blutverdünnung |
| ☐ Kortison | ☐ Cholesterinsenker | ☐ Amiodaron |
| ☐ Prostatamedikament | ☐ Rheumamedikament | |

Operationen:

- | | |
|---|---|
| ☐ Keine | ☐ Netzhaut OP: ☐ Rechts ☐ Links ☐ |
| ☐ Grauer Star / Katarakt: ☐ Rechts ☐ Links ☐ | ☐ Schiel OP: ☐ Rechts ☐ Links ☐ |
| ☐ Grüner Star / Glaukom: ☐ Rechts ☐ Links ☐ | ☐ Laser ☐ Rechts ☐ Links ☐ |
| ☐ LASIK: ☐ Rechts ☐ Links ☐ | ☐ Intraokulare Spritze: ☐ Rechts ☐ Links ☐ |

Augentropfen:

- | | |
|--|--|
| ☐ Keine | ☐ Künstliche Tränen: ☐ Rechts ☐ Links ☐ |
| ☐ Glaukom / Grüner Star: ☐ Rechts ☐ Links ☐ | ☐ Kortisontropfen: ☐ Rechts ☐ Links ☐ |

Vielen Dank, dass Sie unsere Augenpraxis gewählt haben.