

***Anamnesebogen bei neuen Patienten***  
bei Augenärztin

Fr. Dr. Bunke

Fr. Wessling

Fr. Dr. Drieschner

**Liebe Patienten,**

Datum:.....

wir möchten Sie bitten, sich 5 Minuten Zeit für die Beantwortung dieser Fragen zu nehmen, da sie uns hilft, Ihre Behandlung zu verbessern.

*Auf der Rückseite finden Sie noch Platz für weitere Angaben von Ihnen.*

***Ihr Name:***

***Geburtsdatum:***

1.) Weshalb kommen Sie heute?

Haben Sie akute Augenprobleme?

Wenn ja, welche und seit wann?

2.) Wann waren Sie zuletzt beim Augenarzt? Bei wem?

3.) Haben Sie eine Brille?

Wenn ja, geben Sie diese bitte bei den Helferinnen zum Ausmessen ab.

Wie alt sind die Gläser etwa?

Tragen Sie Kontaktlinsen? Welche?

4.) Fahren Sie Auto?

5.) Haben oder hatten Sie schwere Augenerkrankungen?

6.) Hatten Sie Augen-Operationen? Welche?

- 7.) Nehmen Sie Augentropfen?  
Wenn ja, welche? Wie oft? Welches Auge?
- 8.) Haben Sie früher als Kind geschielt oder auf einem Auge schlechter gesehen? Welches?  
Wurden Sie deswegen behandelt? Wie?
- 9.) Gibt es in Ihrer Familie erbliche Augenkrankheiten wie z.B. Grauen/Grünen Star?
- 10.) Haben Sie Allergien? Wogegen?
- 11.) Sind Sie Diabetiker? Seit wann?  
Wenn ja, spritzen Sie Insulin oder nehmen Sie Tabletten?  
Wie sind Ihre Blutzuckerwerte oder Ihr HBA1c-Wert?
- 12.) Haben Sie hohen Blutdruck? Welche Werte in etwa?
- 13.) Haben oder hatten Sie Herzerkrankungen wie z. B. Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen oder Herzschwäche?
- 14.) Haben Sie Asthma oder andere chronische Atemwegserkrankungen wie z. B. Bronchitis?
- 15.) Haben Sie Schilddrüsenerkrankungen?
- 16.) Haben oder hatten Sie Krebs? Welchen?
- 17.) Nehmen Sie Medikamente? Welche? Wie oft?
- 18.) Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel (Vitamine, Spurenelemente etc.)? Welche? Wie oft?
- 19.) Arbeiten Sie am Computer? Wie viele Stunden täglich?
- 20.) Rauchen Sie?

**Bei Kindern:**

- 21.) Gab es bei den Vorsorgeuntersuchungen (U-Untersuchungen) bisher Auffälligkeiten?
- 22.) Gab es bisher ernsthafte Erkrankungen?
- 23.) Ist die Entwicklung normal?
- 24.) Hat Ihr Kind Probleme in der Schule oder im Kindergarten? Wobei?

**Bei älteren Menschen:**

- 25.) Wohnen Sie zuhause? Oder im Altersheim oder Betreutem Wohnen?  
Gibt es jemanden, der sich um Sie kümmern kann?