



Name, Vorname \_\_\_\_\_

Aktuelle Telefonnummer \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_

**Anamnesebogen für Erwachsene**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen gewissenhaft und vollständig. Sie erleichtern unser anschließendes Gespräch. Ihre Antworten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

**Weshalb kommen Sie heute zu uns?** \_\_\_\_\_

**Augenanamnese:** **ja** **nein**

Tragen Sie:  Fernbrille  Lesebrille  Mehrstärkenbrille  Contactlinsen  Prismenbrille ?

Haben Sie früher auf beiden Augen gleich gut gesehen?

wenn nein: Welches war schlechter \_\_\_\_\_

Waren Sie als Kind in augenärztlicher Behandlung?

wenn ja:  es wurde im Alter von \_\_\_\_ Jahren eine Brille verordnet

es wurde eine Schielbehandlung durchgeführt

Augenoperationen: \_\_\_\_\_

Wann?

Augenverletzungen (z. B. Hornhaut) \_\_\_\_\_

Augenerkrankungen \_\_\_\_\_

**Gibt es in der Familie Augenkrankheiten?** **ja** **nein**

Grüner Star (Glaukom) Wer? \_\_\_\_\_

Grauer Star (Cataract) Wer? \_\_\_\_\_

Gibt es in der Familie...

Kurzsichtigkeit (Myopie)  Weitsichtigkeit (Hyperopie)  Hornhautverkrümmung (Astigmatismus)

Hat jemand ein schlecht sehendes Auge, das mit Brille nicht besser wird?  Schielen (Strabismus)

unterschiedliche Brillenwerte zwischen rechtem und linkem Auge  nicht bekannt

**Was machen Sie beruflich?** \_\_\_\_\_

**Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?** **ja** **nein**

Diabetes mellitus Diät

Diabetes mellitus tablettentpflichtig

Diabetes mellitus insulinpflichtig

Blutdruck  hoch  niedriger

Schilddrüsenerkrankungen

Asthma

Schlaganfall/Lähmung

Herzrhythmusstörungen

Rheumatische Erkrankungen

Psychische Erkrankungen

Andere Krankheiten, wenn ja welche? \_\_\_\_\_

**Sind bei Ihnen allergische Reaktionen bekannt?** **ja** **nein**

Heuschnupfen

Medikamentenallergie, wenn ja welche: \_\_\_\_\_

Besitzen Sie einen Allergieausweis?

**Nehmen oder nahmen Sie regelmäßig folgende Medikamente?** **ja** **nein**

Blutverdünnende Medikamente:

Marcumar  ASS  sonstige Medikamente  : \_\_\_\_\_

oder Augenmedikamente  : \_\_\_\_\_

Betablocker

Cortison, wenn ja wie viel mg täglich? \_\_\_\_\_

Schilddrüsenmedikamente

**Ich versichere die Richtigkeit der Angaben und dass ich Änderungen beim nächsten Praxisbesuch sofort mitteile.**