

Allgemein - Anamnese

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

!!! Telefonnummer:

!!! Hausarzt:

Beruf:

Führerschein: ja nein

E-Mail-Adresse:

Leiden Sie an hohem Blutdruck? ja nein

Wenn ja, seit wann? letzter RR Wert?

Haben Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

Hatten Sie einen Herzinfarkt? Wenn ja, wann? ja nein

Sind Sie Diabetiker? ja nein

Wenn ja, seit wann? letzter HbA1c? %

Tabletten Insulinpflichtig Diät (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Haben Sie Rheuma? ja nein

Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung? ja nein

Bestehen Allergien gegen Medikamente oder deren Inhaltsstoffe?
Wenn ja, gegen welche? ja nein

Haben Sie Hepatitis, HIV oder andere ansteckende Erkrankungen?
Wenn ja, welche? ja nein

Leiden Sie an anderen wichtigen Erkrankungen? ja nein

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein? keine

Augen – Anamnese

Waren Sie schon einmal beim Augenarzt? ja nein
Wenn ja, wann zuletzt Monat/Jahr

Tragen Sie eine Brille? ja nein
Wenn ja, Zutreffendes bitte ankreuzen

Fernbrille Nahbrille Mehrstärkenbrille (z.B. Gleitsichtbrille), wie alt ist diese?

Wann haben Sie Ihre 1. Brille bekommen? (In welchem Alter?)
Wenn ja, Zutreffendes bitte ankreuzen
 Fernbrille Nahbrille Mehrstärkenbrille (z.B. Gleitsichtbrille)

Tragen oder haben Sie jemals Kontaktlinsen getragen? ja nein

Wurde bei Ihnen eine Fehlsichtigkeit operativ (Laser) korrigiert? ja nein
Wenn ja, wann und welches Auge wurde operiert?

Haben Sie in der Vergangenheit geschielt? ja nein

Haben Sie ein Glaukom (Grünen Star)? ja nein
Wenn nein, jemand in Ihrer Familie? ja

Oder andere Augenerkrankungen? ja

Sind Netzhauterkrankungen bekannt? ja nein

Haben Sie auf beiden Augen immer gleich gut gesehen? ja nein

Wurden Sie am Auge operiert? ja nein
Wenn ja, wann und was wurde operiert?

Wurden Sie am Auge gelasert? ja nein
Wenn ja, wann, welches Auge und warum wurde gelasert?

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell für Ihre Augen ein? keine

Wir weisen darauf hin, dass nach einer Pupillenerweiterung zur Netzhautuntersuchung für 6-8 Stunden und nach einer Pupillenerweiterung zur Brechkraftbestimmung bis zu 24 Stunden die Fähigkeit zum Führen eines Kraftfahrzeuges und / oder zum Bedienen von Maschinen eingeschränkt sein kann.

Datum

Unterschrift (ggf.gesetzl. Vertreter bei Minderjährigen)

www.mvz-krause.de

Ambulante Katarakt Operationen · Intravitreale Medikamentengabe bei Makulaerkrankungen ·
Moderne Laserchirurgie · Gutachten · Hochspezialisierte Glaukom und Netzhautdiagnostik
Orthoptik/Pleoptik (Sehschule) · Kontaktlinsenanpassung · Akupunktur

Stand 12/2022