	Formular	Änder- Stand 00	F-33
	<u>Anamnesebogen</u>	Seite 1/2	

Name, Vorname:

geb. am:


Telefon-Nummer:

Sehr geehrter Patient,
mit der Beantwortung der folgenden Fragen tragen Sie tatkräftig zur gezielten
Behandlung Ihrer Augen bei. Sollten Sie Fragen haben, stehen wir Ihnen gerne
hilfreich zur Seite.

Ihr Praxisteam

Hausarzt, bei Kindern Kinderarzt	
Vorheriger Augenarzt? Letzte Kontrolle wann?	_____
Jetzige berufliche Tätigkeit	_____
Augenanamnese	
Grüner Star / Glaukom	O Ja O Nein
Grauer Star / Katarakt	O Ja O Nein
Sind Sie Brillen- bzw. Kontakt- linsenträger	O Ja O Nein Seit wann?
Konnten beide Augen immer gleich gut sehen?	O Ja O Nein O rechts besser O links besser?
Haben Sie in der Kindheit geschicht?	O Ja O Nein
Frühere Augenerkrankungen? (Verletzungen, Operationen, Entzündungen...)	O Ja O Nein Welche?
Computerarbeit?	O Ja O Nein Wie viel Stunden pro Tag?
Nehmen Sie Augentropfen/salbe?	O Ja O Nein Was?
Allgemeine Anamnese	Haben Sie folgende Erkrankungen?
Bluthochdruck / Hypertonie	O Ja O Nein Therapie:
Niedriger Blutdruck / Hypotonie	O Ja O Nein
Sind andere Erkrankungen bekannt, z.B. Tumorerkrankungen, Hörsturz, Wirbelsäulenerkrankung, Gelenke...?	O Ja O Nein Welche?
Ist ein Diabetes mellitus bekannt?	O Ja O Nein Blutzuckerwerte? Langzeitwert? Eingestellt mit O Diät O Tabletten O Insulin
Andere Medikamenteneinnahme?	O Nein O Ja, welche?

-Bitte wenden -

	Formular	Änder- Stand 00	F-33
	<u>Anamnesebogen</u>	Seite 2/2	

Sind Allergien/Unverträglichkeiten bekannt?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, welche?
<i>Familienanamnese</i>	
Sind in Ihrer Familie Augenerkrankungen bekannt? (Grüner Star, Netzhautablösungen...)	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, welche?

Die Information zur Speicherung der personenbezogenen Daten gem. Art. 13 und 14 DSGVO (AA-09.1) habe ich zur Einsicht erhalten.

Ich bin darüber informiert, dass die personenbezogenen Daten, die auf meiner Krankenversicherungskarte gespeichert sind, und meine Daten zu Diagnose und Therapie in der Praxis gespeichert und verarbeitet werden.

Einverständniserklärung Terminvereinbarung Klinik

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine Daten - bei einer eventuellen Terminvereinbarung für Spezialuntersuchungen in einer Klinik- **per Fax an diese übermittelt werden dürfen.**

Datum

Unterschrift