



Augenarztpraxis AltenKirchen
Dr. med. Thomas Wehler
Facharzt für Augenheilkunde
Wilhelmstr. 32
Schlossweg 2
57610 Altenkirchen
Tel 02681 - 1651
Fax 02681 - 6094
Mail info@ak-augenarzt.de
Net www.ak-augenarzt.de

Anamnesebogen

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Wohnort, Strasse:

Telefonnummer:

E-Mail: _____@_____

1 Wie heißt Ihr behandelnder Hausarzt? _____

2 Liegen bei Ihnen Allergien vor?

Heuschnupfen

nein

ja

Asthma

nein

ja

Jodallergie

nein

ja

Salben bzw. Kontaktallergie

nein

ja

Sonstige: _____

3 Sind Sie Diabetiker? nein ja Typ I ja Typ II

Wenn ja:

Sind die Blutzuckerwerte stabil?

nein

ja

Behandeln Sie mit:

Diät

Tabletten

Insulin

Wie ist der aktuelle HbA1c Wert (Langzeitwert)? _____mg/dl

Sind Sie in einem Diabetes-DMP Programm

nein

ja

- 4 Leiden Sie an Schilddrüsenerkrankungen? nein ja
- 5 Haben Sie hohen Blutdruck? nein ja
- 6 Hatten Sie einen Herzinfarkt? nein ja
- 7 Hatten Sie einen Schlaganfall?
wenn ja, wann _____ nein ja
- 8 Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?
wenn ja, welche _____ nein ja
- 9 Nehmen Sie Prostatamedikamente? nein ja
- 10 Hatten oder haben Sie einen sogenannten „Krankenhauskeim“
(MRSA= Methicillin resistenter Staphylococcus aureus)?
 nein ja
- 11 Gibt es Augenkrankheiten in der Familie?
Wenn ja, welche: _____ nein ja
- 12 Hatten Sie eine Verletzung des Auges?
Wenn ja, welche: _____ nein ja
- 13 Haben Sie als Kind immer mit beiden Augen gleich gut gesehen?
 beide gleich gut rechts besser links besser
- 14 Haben Sie als Kind geschielt? nein ja
- 15 Tragen Sie eine Sehhilfe?
Fernbrille
Lesebrille
Gleitsichtbrille
Kontaktlinsen
- 16 Wurden Sie bereits an den Augen operiert?
Wenn ja welche OP? _____ nein ja
- 17 Wurden Sie bereits an den Augen gelasert? nein ja

- 18 Welche Beschwerden führen Sie zu uns?
- Kontrolle
 - neue Brille
 - neue Kontaktlinse
 - Sehverschlechterung
 - Fremdkörpergefühl
 - Schmerzen
 - fliegende Mücken
 - Blitze
 - Doppeltsehen
 - Schattensehen
 - Frage nach operativem Eingriff
 - sonstiges: _____
- 19 Nehmen Sie regelmäßig Augentropfen?
- nein
 - gegen trockene Augen
 - gegen grünen Star
 - Antibiotika
 - Kortison
 - sonstige: _____
- 20 Nehmen Sie sonstige **wichtige Medikamente** ein?
- _____
- _____

Mit einer Speicherung dieser Erklärung auf elektronischen Medien bin ich einverstanden.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Ihr Praxisteam der **Augenarztpraxis AltenKirchen**

Datum:

Unterschrift: _____

Durch Ihre 2. Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die Datenschutzhinweise der Augenarztpraxis (Aushang oder Vorlage in der Praxis oder auf der Homepage: www.ak-augenarzt.de) gelesen haben.

Datum:

Unterschrift: _____