

# ANAMNESEBOGEN



## LIEBE PATIENTIN, LIEBER PATIENT,

wir freuen uns Sie im AAZ Hamm begrüßen zu dürfen. Um Sie optimal behandeln und beraten zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

### PERSÖNLICHE DATEN

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

Adresse \_\_\_\_\_

Geburtsdatum/-ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Wie heißt Ihr Hausarzt? \_\_\_\_\_

Grund des Besuchs \_\_\_\_\_

### EIGENANGABEN

Sind Sie Brillenträger?

Nein

Ich trage eine Lesebrille

Ich trage eine Fernbrille

Ich trage eine Bifokalbrille/Gleitsichtbrille

Ich trage eine Prismenbrille

Waren Sie als Kind in augenärztlicher Behandlung?

Nein

Ja, es wurde eine Brille verordnet

Alter \_\_\_\_\_

Ja, es wurde eine Schielbehandlung durchgeführt

Welche Beschwerden haben Sie aktuell?

Augenschmerzen

Sehbeschwerden

Doppelbilder, wenn ja:

Vertikal

im Fernbereich

Horizontal

im Nahbereich

schräg versetzt

Nah- & Fernbereich

Verschwommenes Sehen im Nahbereich

Tränen der Augen

Kopfschmerzen nach anstrengender Tätigkeit mit den Augen

Schwindel

Schielen, wenn ja:

Innen

Außen

Höhenschielen

Arbeits-/Schulunfall

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bzw. Operationen der Augen bekannt?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gibt es Augenerkrankungen in der Familie (insbesondere Glaukom/Netzhautablösungen)?

Nein/Nicht bekannt

Ja

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gibt es Brillenträger in der Familie?

Ja

Nein/Nicht bekannt

Kurzsichtigkeit

Weitsichtigkeit

Hornhautverkrümmung

Sind Sie Diabetiker?

Nein

Ja, seit \_\_\_\_\_

Sind die Blutzuckerwerte stabil? Ja / Nein

Womit werden Sie behandelt? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Aktueller HbA1c-Wert (Langzeitwert)?

\_\_\_\_\_

Leiden Sie an Bluthochdruck?

Nein

Ja, seit \_\_\_\_\_

Sind die Blutzuckerwerte stabil? Ja / Nein

Leiden Sie an Schilddrüsenveränderungen?

Nein

Ja, seit \_\_\_\_\_

Medikamente?

Wenn Ja, welche \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Leiden Sie an Rheumatismus?

Nein Ja, seit \_\_\_\_\_

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Traten bisher Allgemeinkrankheiten oder Unfälle auf?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner freiwillig gemachten Angaben und gestatte dem AAZ-Hamm, meine Daten in meiner Patientenakte zu hinterlegen.

\_\_\_\_\_  
**Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift des Patienten**

\*Bei Minderjährigen die Unterschrift des Erziehungsberechtigten