

Patientenfragebogen

Liebe Patienten, wir möchten Sie bitten, sich 5 Minuten Zeit für die Beantwortung dieser Fragen zu nehmen, da sie uns hilft, Ihre Behandlung zu verbessern (bitte 2. Seite beachten).

Name: _____ **Vorname:** _____

Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt (für Berichte)? _____

Weshalb kommen Sie heute? Haben Sie akute Augenprobleme, welche und seit wann?

Waren Sie schon einmal bei einem/r Augenarzt/Augenärztin?

Wenn ja, wann zuletzt? _____ bei wem? _____

Haben oder hatten Sie eine schwere Augenerkrankung?

Wenn ja welche? _____

Operationen oder Laser (am Auge)?

Wenn ja, wann? _____ Wo, welcher Arzt? _____

Haben Sie in der Kindheit geschielt oder hat ein Auge schlechter gesehen?

Wenn ja, welches Auge? _____

Tragen Sie eine Brille?

Fernbrille

Lesebrille

Wie alt sind die Gläser? _____

Mehrstärkenbrille

Tragen Sie Kontaktlinsen?

Wenn ja, welche? _____

Fahren Sie Auto?

Arbeiten Sie am Computer?

Wieviel Stunden am Tag? _____

Rauchen Sie?

Haben Sie Bluthochdruck?

Wenn ja, letzte Werte? _____

Sind Sie Diabetiker?

Wenn ja, wie hoch ist der Langzeit-Blutzucker-Wert (HbA1c)? _____

Liegt eine Schilddrüsen-Erkrankung vor?

Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche: _____

Bei Frauen:

Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welchem Monat? _____

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/ Infektionen?

- | | | |
|-------------------------|-----------------|--------------------|
| Thrombose | Herzinfarkt | Schlaganfall |
| Schilddrüsenerkrankung | Asthma / COPD | Nierenerkrankungen |
| Rheuma | Hepatitis / HIV | Migräne |
| Krebserkrankungen _____ | | |
| Sonstiges _____ | | |

Trat in Ihrer Verwandtschaft eine der folgenden Erkrankungen auf?

grauer Star (Cataract) AMD (Makuladegeneration) grüner Star (Glaukom)

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein?

Wenn ja, welche?

Augentropfen:

Weitere wichtige Informationen:

Herzlichen Dank!