

# Anamnesebogen

Sehr geehrte/r Patient/in,  
 herzlich Willkommen in dem MVZ Augenzentrum Nordstern.  
 Wir möchten Sie bitten, zur Vorbereitung der Behandlung diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, markieren Sie diese bitte mit einem Fragezeichen. Bei Unklarheiten helfen wir Ihnen gerne.

## Allgemeine Angaben:

Name/Vorname:	Geburtsdatum:
Adresse:	
Geburtsname:	Telefonnummer/Handynummer:
Beruf:	Hausarzt:
Patientenverfügung:	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Vorsorgevollmacht:	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Gesetzlicher Betreuer:	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
wenn ja, Name/Tel.:	

## Augenanamnese:

Tragen Sie eine Brille? wenn ja, seit wann:	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Tragen Sie Kontaktlinsen? wenn ja, seit wann:	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Haben Sie als Kind geschielt?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Konnten beide Augen immer gleich gut sehen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Sind bei Ihnen Augenerkrankungen bekannt? wenn ja, welche (z.B. Glaukom/ Grüner Star, Katarakt/ Grauer Star, Verletzungen, Augenentzündungen, etc.):	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Nehmen Sie Augentropfen? Wenn ja, welche?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Sind Sie schonmal am Auge operiert worden? Wenn ja, welches Auge und wann?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Sind Sie schonmal am Auge gelasert worden? Wenn ja, welches Auge und wann?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Sind Augenerkrankungen in der Familie bekannt? Wenn ja, welche (Glaukom/ Grüner Star, Makuladegeneration, etc.):	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

## Anamnesebogen

### Allgemeine Vorerkrankungen:

**Sind bei Ihnen folgende Krankheiten bekannt?**

Zu hoher Blutdruck	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Zu niedriger Blutdruck	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Lungen/ Atemwegserkrankungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Diabetes mellitus	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Herzerkrankungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Magen/ Darmerkrankungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Lebererkrankung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Nierenerkrankung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Infektiöse Erkrankungen (z.B. HIV, Hepatitis, Tuberkulose, etc.)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Schilddrüsenüber/ unterfunktion	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Rheumatische Erkrankungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Tumorerkrankungen oder Zustand nach einer Tumorerkrankung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Blut/ Gefäßerkrankungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Nervenerkrankungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Nehmen Sie Medikamente ein?  Ja  Nein

Wenn ja welche (legen Sie uns gerne Ihren Medikamentenplan bei)

---



---



---

Bestehen bei Ihnen Allergien?  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

---

Rauchen Sie?  Ja  Nein

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?  Ja  Nein

Könnten Sie schwanger sein?  Ja  Nein

Stillen Sie?  Ja  Nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Empfehlung anderer Arzt/Ärztin
  - Freunde/Bekannte
  - Zeitung
  - Internet
  - Andere:
- 

Ich bestätige, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Ort, Datum

Unterschrift (Patient/in)

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ihr Nordstern Team