

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen gewissenhaft und vollständig. Die Angaben zu Ihrer Person und Krankenvorgeschichte dienen der Klärung Ihres Krankheits- oder Beschwerdebildes. Zudem erleichtern Sie unser anschließendes Gespräch. Ihre Antworten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Name: _____ Vorname: _____

Mobil-Telefonnr.: _____ Hausarzt: _____

E-Mail: _____

Welcher Grund führt Sie zu uns? (Mehrfachnennung möglich)

- | | | | | |
|--|---|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kontrolle | <input type="checkbox"/> neue Brille | <input type="checkbox"/> Kontaktlinsen | <input type="checkbox"/> Sehverschlechterung | <input type="checkbox"/> Schmerzen |
| <input type="checkbox"/> Fremdkörpergefühl | <input type="checkbox"/> Fliegende Mücken | <input type="checkbox"/> Blitze | <input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> Augentränen |
| <input type="checkbox"/> Doppelsehen | <input type="checkbox"/> Schattensehen | <input type="checkbox"/> Frage bezgl. OP | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> 2. Meinung |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: | | | | |

Tragen Sie eine Sehhilfe? Fernbrille Lesebrille Mehrstärkenbrille Kontaktlinsen

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

- | | | | | |
|---|---|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Grauer Star (Cataract) | <input type="checkbox"/> Grüner Star (Glaukom) | <input type="checkbox"/> Maculadegeneration | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Migräne |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Depressionen | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörung | <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> HIV | |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankung (wenn ja, welche?) | | | <input type="checkbox"/> Sonstiges (wenn ja, was?) | |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall (wenn ja, wann?) | | | | |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt (wenn ja, wann?) | | | | |

Sind Sie Diabetiker? Ja: (Typ I Typ II) Nein

Wenn ja:

Sind die Blutzuckerwerte stabil? Ja Nein

Sind Sie in einem Diabetes-DMP Programm? Ja Nein

Behandeln Sie mit: Diät Tabletten Insulin

Wie ist der aktuelle HbA1c-Wert (Langzeitwert)?

	Ja	Nein
Nehmen Sie Cortison ein? Wenn ja, wieviel und in welcher Form? (z.B. Tabletten)		
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? (z.B. Marcumar oder ASS)		
Nehmen Sie regelmäßig andere Medikamente? Wenn ja, welche?		
Sind bei Ihnen Allergien/Unverträglichkeiten bekannt? Wenn ja, welche?		
Haben Sie in Ihrer Kindheit geschickt?		
Waren in Ihrer Kindheit/Jugend beide Augen gleich gut? Welches war schlechter? <input type="checkbox"/> Rechts <input type="checkbox"/> Links		
Sind in Ihrer Familie Augenerkrankungen bekannt? (z.B. Grüner Star oder Maculadegeneration) Wenn ja, welche und bei wem?		
Nehmen Sie regelmäßig Augentropfen? Wenn ja, welche und warum?		
Hatten Sie Augenverletzungen, Operationen oder sonstige Eingriffe am Auge? (z.B. Grauer Star oder Netzhaut-Operationen) Wenn ja, welche und wann?		
Arbeiten Sie täglich mehrere Stunden am Computer?		
Fahren Sie Auto?		
Rauchen Sie?		