



## Anamnesebogen Erwachsene

Liebe Patientin, lieber Patient, bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig. Eine richtige und vollständig erhobene Vorgeschichte ist eine wesentliche Voraussetzung für eine optimale Betreuung und Behandlung. Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Wohnort, Straße:

Mobilnummer:

Festnetz:

Hausarzt:

### 1. Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

Heuschnupfen  Nein  Ja

Asthma  Nein  Ja

Jod  Nein  Ja

Konservierungsmittel  Nein  Ja

Antibiotika  Nein  Ja

Sonstige:

2. Sind Sie Diabetiker?  Nein  Ja, Typ 1  Ja, Typ 2

Wenn ja, seit wann?

Behandeln Sie mit:  Diät  Tabletten  Insulin

Aktueller HbA1c-Wert (Langzeitzucker):

### 3. Weitere Erkrankungen

Schilddrüsenerkrankung  Nein  Ja

Bluthochdruck  Nein  Ja

Schlaganfall  Nein  Ja

Herzinfarkt  Nein  Ja

Multiple Sklerose  Nein  Ja

Sonstige:

Seite 2 



#### 4. Medikamente

- Blutverdünner?  Nein  Ja, folgende: \_\_\_\_\_
- Prostatamedikamente?  Nein  Ja, folgende: \_\_\_\_\_
- bei Brustkrebs (z.B. Tamoxifen)?  Nein  Ja, folgende: \_\_\_\_\_
- bei Rheuma/Lupus (z.B. Quensyl)?  Nein  Ja, folgende: \_\_\_\_\_
- Amiodaron (bei Herzrhythmusstörung)?  Nein  Ja
- Sonstige: \_\_\_\_\_

#### 5. Augenerkrankungen

- Tragen Sie eine Sehhilfe?  
 Nein  Fernbrille  Lesebrille  Gleitsichtbrille  Kontaktlinsen
- Leiden Sie an trockenen Augen?  Nein  Ja
- Sind in Ihrer Familie Augenerkrankungen bekannt?  Nein  Ja  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Ist bei Ihnen ein Grüner Star (Glaukom) bekannt?  Nein  Ja
- Wurden Sie an den Augen operiert?  Nein  Ja  
Wenn ja: Wann/Weswegen: \_\_\_\_\_
- Wurden Sie mit Spritzen am Auge behandelt (IVOM)?  Nein  Ja  
Wenn ja: Wann/Weswegen: \_\_\_\_\_
- Wurden Sie bereits an den Augen gelasert?  Nein  Ja  
Wenn ja: Wann/Weswegen: \_\_\_\_\_
- Hatten Sie eine Verletzung des Auges?  Nein  Ja  
Wenn ja: Was/Wann? \_\_\_\_\_
- Nehmen Sie Augentropfen?  Nein  Ja, folgende / wie oft: \_\_\_\_\_

#### 6. Welche Beschwerden führen Sie heute zu uns?

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

**Ich bin mit einer Speicherung dieser Erklärung auf elektronische Medien einverstanden.**

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_