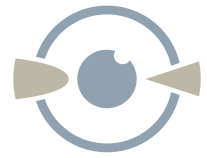


Anamnesebogen



Name, Vorname: _____
Geb.datum: _____ rezeptgebührenbefreit: nein ja
Telefonnummer /Mobil: _____ E-Mail: _____
Beruf: _____
Hausarzt / Kinderarzt: _____

Sind Sie Diabetiker? nein ja Typ I Typ II seit _____
Bluthochdruck nein ja
Herzerkrankungen nein ja, welche _____
Herzinfarkt nein ja, wann _____
Schlaganfall nein ja, wann _____
Nierenerkrankungen nein ja, welche _____
Asthma/COPD nein ja
Sonstige: _____

Ich nehme folgende Medikamente: _____

Haben Sie Allergien nein ja, welche _____

Haben Sie oder gibt es in Ihrer Familie folgende Augenerkrankungen:
in meiner Blutsverwandschaft: grüner Star (Glaukom) grauer Star (Katarakt)
bei mir: grüner Star (Glaukom) grauer Star (Katarakt)
Haben Sie als Kind geschielt? nein ja
Wurden Sie schon an den Augen operiert? nein ja, wegen: _____
wo und wann _____ rechtes Auge/ linkes Auge

Ich nehme folgende Augentropfen: _____

Welche Anliegen oder Beschwerden führen Sie heute zu uns?
 Kontrolle Sehverschlechterung, seit wann _____
 andere Beschwerden: _____

Um unserer Informationspflicht nachzukommen, informieren wir Sie hiermit, dass in unserer Praxis die Möglichkeit der bildgebenden Diagnostik (Foto und OCT) bezüglich Glaukoms bzw. dessen Vorsorgeuntersuchung besteht.
Die Verarbeitung personenbezogener Daten erfolgt nach den Richtlinien der europäische Datenschutzgrundverordnung (EUDSGVO, siehe Aushang).

Ich bin damit einverstanden, dass eine Terminerinnerung per SMS/ E-Mail erfolgen kann.

Datum

Unterschrift