

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

**bitte lesen Sie sich diesen Bogen gut durch, füllen ihn aus und bringen ihn ausgefüllt ins Behandlungszimmer.**

1. Mit welchen Beschwerden an den Augen kommen Sie zu uns (z.B. Schmerzen)?

---

---

2. Wurden Sie schon einmal an den Augen operiert? ja  nein   
**Wenn ja**, was wurde operiert, welches Auge und wann?

---

---

3. Wurden Sie schon einmal an den Augen mit Laser behandelt? ja  nein   
**Wenn ja**, warum, welches Auge und wann?

---

---

4. Ist bei Ihnen ein Glaukom bekannt?  
(Grüner Star oder erhöhter Augeninnendruck) ja  nein

5. Haben Sie sich schon einmal am Auge verletzt? ja  nein   
**Wenn ja**, welches Auge und was ist passiert?

---

---

**Bitte wenden.**

# Anamnese-Bogen

6. Sind beide Augen früher gleich „gut“ gewesen? ja  oder links  / rechts

7. Haben Sie jemals geschielt? nein  oder links  / rechts

8. Besitzen Sie eine Fernbrille oder Lesebrille? Fernbrille  Lesebrille   
**Wenn ja**, halten Sie diese bitte bereit.

9. In welchem Alter bekamen Sie Ihre 1. Brille? \_\_\_\_\_

10. Sind bei Ihnen andere Erkrankungen bekannt wie z.B. Diabetes Mellitus und/oder Bluthochdruck? ja  nein

11. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja  nein   
**Wenn ja**, welche und in welcher Dosierung?  
(bitte halten Sie Medikamente / Medikamentenplan bereit)

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

12. Nehmen Sie zur Zeit Augentropfen oder Augensalben? ja  nein   
**Wenn ja**, welche und wie oft?

linkes Auge: \_\_\_\_\_

rechtes Auge: \_\_\_\_\_

13. Ist bei Ihnen eine Allergie / Medikamentenunverträglichkeit bekannt? ja  nein

**Wenn ja**, welche? \_\_\_\_\_

**Fertig. Vielen Dank.**