

# ANAMNESEBOGEN

---

Name, Vorname

Wohnort

Geburtsdatum

Telefonnummer

Straße, Nummer

Wir möchten Sie bitten, sich ein paar Minuten Zeit für die Beantwortung dieser Fragen zu nehmen, da sie uns hilft, Ihre Behandlung zu verbessern.

---

1. Was erhoffen Sie sich von einem refraktiven Eingriff?

---

5. Leiden Sie an Augenerkrankungen? (z.B. Makuladegeneration, Grüner/ Grauer Star oder Netzhautablösung)

Ja      Nein

Wenn ja, welche?

---

2. Wann waren Sie zuletzt beim Augenarzt?

---

6. Nehmen Sie regelmäßig Augentropfen, Augensalben oder Tabletten für die Augen?

Ja      Nein

Wenn ja, welche?

---

3. Tragen oder trugen Sie eine Sehhilfe?

Ja      Nein

Fern-,    Lese-,    Mehrstärkenbrille

**Bitte geben Sie Ihre Sehschärfe (Dioptrien) an:**

**rechtes Auge:**

Wie häufig nehmen Sie diese?

**linkes Auge:**

selten

täglich

---

4. Tragen Sie Kontaktlinsen?

mehrmals täglich

Ja      Nein

harte KL    weiche KL

---

7. Wurden Sie schon an den Augen operiert oder gelasert ?

Ja      Nein

Wenn ja, weswegen?



---

8. Haben Sie als Kind immer mit beiden Augen gleich gut gesehen oder war ein Auge schon immer schlechter?

beide gleich gut

rechts schlechter

links schlechter

---

9. Haben Sie als Kind oder später geschleht?

Ja      Nein

---

10. Arbeiten Sie am Computer?

Ja      Nein

wie viele Stunden täglich?

---

11. Liegen bei Ihnen Allergien vor?

Ja      Nein

Heuschnupfen?

Ja      Nein

Asthma?

Ja      Nein

Jodallergie?

Ja      Nein

Salben bzw. Kontaktallergie?

Ja      Nein

Sonstige Allergien:

---

12. Sind Sie Diabetiker?

Ja      Nein

wenn ja, Typ I      Typ II

Nehmen Sie Tabletten

Insulin

---

13. Leiden Sie an Schilddrüsenerkrankungen?

Ja      Nein

Wenn ja, an

Schilddrüsen-Überfunktion

Schilddrüsen-Unterfunktion

Nehmen Sie dagegen Medikamente ein?

Ja      Nein

---

Ort und Datum

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Ihr Team vom Augenlaser Zentrum  
am Carl Gustav Carus Universitätsklinikum