



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?

Ja Nein

mehrmals täglich

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 geschielt?

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