



AUGENÄRZTLICHES & AUGENCHIRURGISCHES

ZENTRUM HAMM

SCHEKEB WASSEH & KOLLEGEN

ANAMNESEBOGEN

LIEBE PATIENTIN, LIEBER PATIENT,

wir freuen uns Sie im AAZ-Hamm begrüßen zu dürfen. Um Sie optimal behandeln und beraten zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen ausfüllen.

Persönliche Daten

Name, Vorname

Adresse

Geburtsdatum/-ort

Telefon

Mobil

Mail

Wie heißt Ihr Hausarzt?

Grund des Besuches

Eigenangaben

Sind Sie Brillenträger?

- Nein
- ich trage eine Lesebrille
- ich trage eine Fernbrille
- ich trage eine Bifokalbrille/Gleitsichtbrille
- in trage eine Prismenbrille

Waren Sie als Kind in augenärztlicher
Behandlung?

- Nein
- Ja, es wurde eine Brille verordnet
Alter
- Ja, es wurde eine Schielbehandlung

durchgeführt

Welche Beschwerden haben Sie aktuell?

- Augenschmerzen
- Sehbeschwerden
- Doppelbilder, wenn ja:
 - Vertikal
 - Horizontal
 - schräg versetzt
 - im Fernbereich
 - im Nahbereich
 - Nah- & Fernbereich
- Verschwommenes Sehen im Nahbereich
- Tränen der Augen
- Kopfschmerzen nach anstrengender Tätigkeit mit den Augen
- Schwindel
- Schielen, wenn ja:
 - Innen
 - Außen
 - Höhenschielen
- Arbeits-/Schulunfall

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bzw.
Operationen der Augen bekannt?

Gibt es Augenerkrankungen in der Familie
(insbesondere Glaukom / Netzhautablösung)?

- Nein/Nicht bekannt
- Ja



Gibt es Brillenträger in der Familie?

- Ja
- Nein/Nicht bekannt

- Kurzsichtigkeit
- Weitsichtigkeit
- Hornhautverkrümmung

Sind Sie Diabetiker?

- Nein
- Ja, seit _____
- Sind die Blutzuckerwerte stabil? Ja / Nein
- Womit werden Sie behandelt? _____

- Aktueller HbA1c-Wert (Langzeitwert)? _____

Leiden Sie an Bluthochdruck?

- Nein
- Ja, seit _____
- Sind die Blutzuckerwerte stabil? Ja / Nein

Leiden Sie an Schilddrüsenveränderung?

- Nein
- Ja, seit _____
- Medikamente?

Wenn ja, welche _____

Leiden Sie an Rheumatismus?

- Nein
- Ja, seit _____

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

Traten bisher Allgemeinkrankheiten
oder Unfälle auf?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner freiwillig gemachten Angaben und gestatte dem AAZ-Hamm, meine Daten in meiner Patientenakte zu hinterlegen.

Datum

Unterschrift des Patienten
*Bei Minderjährigen Unterschrift d. Erziehungsberechtigten