



# ANAMNESEBOGEN

Augen- und Allgemeinerkrankungen

**DR. MED. OLIVER HOPPE**  
FACHARZT FÜR AUGENHEILKUNDE

[www.mein-augenarzt-koeln.de](http://www.mein-augenarzt-koeln.de)

Liebe Patientin, lieber Patient,

dies ist ein Fragebogen, der die wichtigsten Augen- und Allgemeinerkrankungen erfasst.

Er hilft uns, sie besser zu behandeln. Ihre Angaben sind freiwillig und werden streng vertraulich behandelt und unterliegen unserer Schweigepflicht.

## Ihr Praxisteam

### Augenerkrankungen:

bitte Zutreffendes ankreuzen und gegebenenfalls ausfüllen

- Grüner Star (Glaukom)  ja
- Grauer Star (Cataract)  ja  OP? wann: .....
- Trockenes Auge  ja  Salbe  Tropfen
- Netzhautveränderungen  ja
- Netzhautoperation  ja wann: .....
- Laserbehandlung  ja wann: .....  
wegen: .....
- Ihre erste Brille wann: .....  
 Ferne  Nähe  beides
- Kontaktlinsen  ja seit wann: .....  
 weich  fest
- Arbeiten Sie häufig am Computer  ja
- Augenerkrankungen in der Blutsverwandtschaft  ja welche: .....

### Medikamente, die für den Augenarzt wichtig sind:

- Fettstoffwechselfabletten (Cholesterin)  ja welche: .....
- Blutverdünnungstabletten  ja welche: .....
- Zuckertabletten und/oder Insulin  ja welche: .....
- Kortisonhaltige Tablette  ja welche: .....
- Prostatatabletten (Männer)  ja welche: .....

**Allgemeinerkrankungen**

Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja	Medikamente: .....
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ja	wann: .....
Bypass Operation	<input type="checkbox"/> ja	wie viele: .....
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ja	wann: .....
Zuckererkrankung (Diabetes mellitus)	<input type="checkbox"/> ja	seit: .....
		<input type="checkbox"/> Insulin <input type="checkbox"/> Medikamente
		welche: .....
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	welche: .....
		Medikamente: .....
Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> am Herzen <input type="checkbox"/> in den Beinen
		<input type="checkbox"/> im Kopfbereich
		Medikamente: .....
Rheumatische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	welche: .....
		Medikamente: .....
Neurologische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Parkinson
		<input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> andere
		welche: .....
		Medikamente: .....
Krebs	<input type="checkbox"/> ja	Art: .....
Allergien	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Heuschnupfen <input type="checkbox"/> Jod
		<input type="checkbox"/> Kontrastmittel <input type="checkbox"/> Penicillin
		<input type="checkbox"/> andere
		welche: .....
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja	wie viel: .....

**Wenn Sie sich für unsere erweiterte Früherkennung/Diagnostik (z.B. Grüner Star, Sehnervenkopfanalyse, Kontaktlinsen etc.) interessieren, sprechen Sie uns bitte an. Wir vereinbaren gerne einen Termin für Sie.**

**Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?**

<input type="checkbox"/> Freunde/Bekannte/Verwandte	<input type="checkbox"/> Empfehlung durch Ärztin/Arzt z.B. Überweisung
<input type="checkbox"/> Empfehlung durch Optikerin/Optiker	<input type="checkbox"/> Medien/Internet

Datum .....      Unterschrift .....

Datum .....      Unterschrift .....