

**Anamnesebogen**

Liebe Patientin, lieber Patient,

um einen möglichst reibungslosen und angenehmen Aufenthalt für Sie zu gestalten, bitte wir Sie vorab einige Fragen zu beantworten.

**Augenanamnese:**

Haben Sie auf beiden Augen (ggf. mit Brille) seit der Jugend gleich gut gesehen?

Ja             Nein

Wurde in der Kindheit eine besondere Augenbehandlung durchgeführt?

Nein             Ja \_\_\_\_\_

Sind in der Familie Augenerkrankungen bekannt?

Nein             Ja  Schielen ?  Erblindung in der Kindheit ?

Wurden Sie jemals an den Augen operiert bzw. gelasert?

Nein             Ja \_\_\_\_\_

OP am grauen Star:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
OP am grünen Star:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Netzhaut-Operation:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sehverbesserende OP:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

**Medikamente:**

**Allgemeinanamnese:**

Rauchen ? (wie viel _____ )	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Zuckererkrankung ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bluthochdruck ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzenerkrankungen (z.B. Infarkt) ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Lungenerkrankungen (z.B. Asthma) ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gehirnerkrankungen (z.B. Schlaganfall, MS) ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Lebererkrankungen (z.B. Zirrhosen, Entzündungen) ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nierenkrankungen (z.B. Fehlbildungen, Entzündungen) ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Darmerkrankungen (z.B. M. Crohn, Colitis ulcerosa) ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

**Andere Operationen:**