

Anamnesebogen Augenklinik

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir wären Ihnen sehr dankbar, wenn Sie die nachfolgenden Fragen beantworten könnten. Die Informationen sind wichtig für die Einschätzung Ihrer Augenerkrankung und eine Grundlage für unseren medizinischen Rat. Bitte kreuzen Sie zutreffendes an bzw. schreiben Sie eine jeweils kurze Antwort. Vielen Dank.

Patientenaufkleber

Name: _____

Vorname: _____

Anschrift: _____

☎ Festnetz: _____

☎ mobil: _____

☎ Angehörige: _____

Gesetzl. Betreuung: ja nein

Name/Telefon: _____

Pflegegrad: _____

Wie heißt Ihr behandelnder Augenarzt?

Wie heißt Ihr behandelnder Hausarzt?

Augenanamnese:

Worin bestehen Ihre derzeitigen Beschwerden?

- | | | |
|--|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sehverschlechterung | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |
| <input type="checkbox"/> Rötung | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |
| <input type="checkbox"/> Schattensehen | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |
| <input type="checkbox"/> Blitze | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |
| <input type="checkbox"/> Fliegende Mücken | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |
| <input type="checkbox"/> Doppeltsehen | <input type="checkbox"/> beidseitig | <input type="checkbox"/> einseitig |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | | |

Wie war Ihr Sehen (ggf. mit Brille) als Kind?

- Beide Augen gleich gut rechts besser
 links besser

Haben Sie als Kind geschielt?

- Nein Ja Schielbehandlung

Tragen Sie eine Sehhilfe?

- Fernbrille Lesebrille Gleitsichtbrille Kontaktlinsen

Seit wann? _____ Lebensjahr

Benutzen Sie vergrößernde Sehhilfen (z.B. Lupen, elektronische Hilfsmittel, etc.)?

- Nein Ja

Haben Sie Beschwerden beim Sehen

in der Dämmerung bzw. in der Dunkelheit?

- Nein Ja

in besonders heller Umgebung?

- Nein Ja

Sind eine oder mehrere der folgenden Augenerkrankungen bei Ihnen bekannt?

- Katarakt / Grauer Star
 Makuladegeneration
 Glaukom / Grüner Star (seit wann? _____ Jahren, wie hoch waren die maximalen Augeninnendruckwerte? _____ mmHg, Therapie seit: _____ Jahren)
 Hohe Fehlsichtigkeiten Schielen
 Verschlüsse Zuckerkrankheit
 Netzhautlöcher, -ablösungen Trockene Augen
 Entzündungen

Hatten Sie eine Verletzung der Augen?

- Nein Ja

Wenn ja, welche Verletzung und an welchem Auge:

Wurden Sie bereits an den Augen operiert / gelasert?

- Nein Ja

Wenn ja, welche OP / Laser, an welchem Auge und wann:

Sind Augenerkrankungen in Ihrer Familie bekannt?

z.B. Grauer Star (Katarakt), Grüner Star (Glaukom), Makuladegenerationen, Blindheit, hohe Fehlsichtigkeiten, Netzhauterkrankungen, etc.:

Benutzen Sie regelmäßig Augentropfen / -salben?

- Nein Ja

Wenn ja, welche Augentropfen / -salben und an welchem Auge:

Bitte wenden

Allgemeinanamnese:

Anamnesebogen Augenklinik

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Allgemeinerkrankungen / Infektionen?

- Zuckerkrankheit Typ 1, Typ 2
 seit wann? _____, letzter HbA1c: _____,
 eingestellt mit Diät, Tabletten, Insulin
 Hoher Blutdruck Niedriger Blutdruck
 Herzinfarkt (wann? _____)
 Schlaganfall / Apoplex (wann? _____)
 Thrombose Herzrhythmusstörungen
 Rheuma Schilddrüsenerkrankungen
 Lebererkrankungen Kopfschmerzen / Migräne
 Nierenerkrankungen Krebserkrankungen
 Asthma / COPD Arthrose
 Osteoporose Rückenschmerzen
 Magengeschwüre Epilepsie
 Hepatitis HIV / AIDS
 Sonstiges: _____

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

- Nein Ja
 Wenn ja, welche Allergien sind bekannt (z.B. Augentropfen, Kontrastmittel, Medikamente, Pflaster, etc.)?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

- Nein Ja
 Blutverdünner Nein Ja
 Prostatamedikamente Nein Ja
 Verhütungsmittel (z.B. Pille) Nein Ja
 Johanniskraut Ginko o.ä. Nein Ja

Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie (Name, Stärke und Dosierung):

Wurden Sie früher bereits operiert?

- Nein Ja
 Wenn ja, welche Operation wurde durchgeführt und wann?

Hatten Sie Beschwerden nach einer früheren Narkose / örtlichen Betäubung?

- Nein Ja

Bei Patientinnen: Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?

- Nein Ja

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

- Nie Selten Regelmäßig

Rauchen Sie?

- Nein Ja Ich habe früher geraucht

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Beruf: _____

Krankenkasse: _____

Zuzahlungsbefreiung: ja nein

Private Zusatzversicherung:

- Chefarztbehandlung:
 Ein-Bett-Zimmer Normalstation
 Ein-Bett-Zimmer Wahlleistungsstation
 Zwei-Bett-Zimmer Wahlleistungsstation
 (Zuzahlungspflichtig / Je nach Verfügbarkeit)

Für Ihre Mithilfe sind wir Ihnen sehr dankbar!
Ihr Team der Augenklinik des Klinikum Saarbrücken gGmbH

Anmerkungen:

