
Vorname	Name	Telefon	Kinderarzt
---------	------	---------	------------

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern,

Willkommen in der Augenarztpraxis Dr. Katrin Böhm. Bevor wir mit der Untersuchung beginnen, bitten wir um Beantwortung der folgenden Fragen. Bitte nur Zutreffendes ankreuzen. Sollte bei einer Antwort Unsicherheit bestehen, bitte ein Fragezeichen setzen. Nach dem Ausfüllen Bogen bitte wieder an die Rezeption zurückgeben. Vielen Dank für die Hilfe!

Katrin Böhm, Orthoptistin und Praxisteam

1. Vorgeschichte Augen

Ja Seit wann / wann?

Wird eine Brille getragen? _____

Werden Kontaktlinsen getragen? _____

Erfolgte in der Vergangenheit eine Vorstellung bei einem anderen Augenarzt?

Nein

Ja

Wann?

Bei wem?

Besteht eine Sehschwäche?

Besteht ein Schielen?

Wurde bereits ein Auge abgeklebt?

Wurde eine Schiel-Operation durchgeführt? _____

Gab es eine Verletzung am Auge?

Sind darüber hinaus Augenerkrankungen bekannt?

Werden regelmäßig Medikamente für die Augen genommen?

Wurde eine Operation an den Augen durchgeführt?

Gibt es Augenerkrankungen in der Familie (Schielen, Glaukom, Netzhautablösung)?

Bitte wenden

2. Vorgeschichte Allgemein

Welche Allgemeinerkrankungen liegen vor?

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? Falls ja, welche? Sollten die genauen Namen der Medikamente unbekannt sein, dann bitte aufschreiben, warum sie genommen werden (z.B. Asthma, Herzfehler)

Bestehen Allergien? Falls ja, welcher Art? (z.B. Penicillinallergie, Pflasterallergie)

3. Schwangerschaft und Geburt

Bestanden Besonderheiten in der Schwangerschaft?

Gab es Komplikationen bei der Geburt?

Lag eine Frühgeburt vor?

Ja

Nein

Falls ja: Geburt in Schwangerschaftswoche?

Geburtsgewicht

Wurde nach der Geburt Sauerstoff gegeben?

Lag eine Zwillingsschwangerschaft vor?

Ja

Nein

4. Ärztliche Schweigepflicht

Sollte es erforderlich sein, ärztliche Befunde von Vorbehandlern anzufordern bzw. ärztliche Befunde an andere behandelnde Ärzte (z.B. Kinderarzt) weiterzuleiten, so benötigen wir dazu eine Erlaubnis. Bist Du / Sind Sie damit einverstanden, daß im Bedarfsfall ärztliche Informationen mit den behandelnden Ärzten ausgetauscht werden?

Ja

Nein

Bremen,

Datum Unterschrift Name in Druckbuchstaben / Verwandtschaftsverhältnis