

Vorname	Name	Hausarzt
Festnetz	Mobil	Email

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Willkommen in der Augenarztpraxis Dr. Katrin Böhm. Bevor wir mit der Untersuchung beginnen, bitten wir Sie um Beantwortung der folgenden Fragen. Bitte kreuzen Sie nur das an, was für Sie zutrifft. Sollten Sie sich bei einer Antwort unsicher sein, setzen Sie bitte ein Fragezeichen. Wenn Sie mit dem Ausfüllen fertig sind, geben Sie den Bogen bitte an die Rezeption zurück. Vielen Dank für Ihre Hilfe!

Dr. Katrin Böhm und Praxisteam

### 1. Vorgeschichte Augen

	Ja	Seit wann / wann?
Tragen Sie eine Brille?	<input type="checkbox"/>	_____
Tragen Sie Kontaktlinsen?	<input type="checkbox"/>	_____
Haben Sie immer mit beiden Augen gut gesehen?	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie in der Kindheit geschielt?	<input type="checkbox"/>	
Sind in Ihrer Brille Prismen eingearbeitet?	<input type="checkbox"/>	
Besteht bei Ihnen ein Grüner Star (Glaukom)?	<input type="checkbox"/>	_____
Besteht bei Ihnen eine Erkrankung der Netzhaut?	<input type="checkbox"/>	_____
Hatten Sie eine schwere Entzündung am Auge?	<input type="checkbox"/>	_____
Hatten Sie eine Verletzung am Auge?	<input type="checkbox"/>	_____
Unterzogen Sie sich einer Operation/Lasertherapie am Auge?	<input type="checkbox"/>	_____

Sind darüber hinaus Augenerkrankungen bei Ihnen bekannt?

\_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente für Ihre Augen?

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

### 2. Vorgeschichte Allgemein

Welche Allgemeinerkrankungen sind bei Ihnen bekannt (Zutreffendes bitte ankreuzen)?

Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt (wann?)	<input type="checkbox"/> _____	Schlaganfall (wann?)	<input type="checkbox"/> _____
Zuckererkrankung	<input type="checkbox"/>	Seit wann?	_____
Behandlung durch	<input type="checkbox"/> Beobachtung / Diät	<input type="checkbox"/> Tabl.	HbA1c _____ <input type="checkbox"/> Insulin

Bitte wenden

Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Asthma / Bronchitis / COPD	<input type="checkbox"/>
Migräne	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	Maske wegen Schlafapnoe	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	Thrombose	<input type="checkbox"/>
Tumor / Krebs	<input type="checkbox"/>	Welcher Tumor / Wann?	_____

Sind darüber hinaus Erkrankungen bei Ihnen bekannt?

\_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien? Welcher Art? (z.B. Penicillinallergie, Pflasterallergie)

\_\_\_\_\_

### 3. Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Haben Sie einen Medikamentenplan dabei, dann legen Sie ihn bitte vor und tragen nichts weiter ein.  
Sollten Sie die Bezeichnungen der Medikamente nicht kennen, dann schreiben Sie bitte auf, warum Sie die Medikamente bekommen, z.B. Blutdruck, Schilddrüse ...

Ich nehme keine Medikamente ein   
 Ich habe einen Medikamentenplan dabei  (siehe Plan)  
 Ich nehme ein:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Befinden sich darunter (Zutreffendes bitte ankreuzen)?

ASS 100	<input type="checkbox"/>	Clopidrogel / Plavix	<input type="checkbox"/>
Marcumar	<input type="checkbox"/>	Eliquis <input type="checkbox"/> / Xarelto <input type="checkbox"/> / Pradaxa <input type="checkbox"/> / Lixiana <input type="checkbox"/>	
Amiodaron / Cordarex	<input type="checkbox"/>	Tamoxifen	<input type="checkbox"/>
Chloroquin / Resorchin	<input type="checkbox"/>		
Langzeitbehandlung mit Antibiotika (Welche?)			_____

### 4. Ärztliche Schweigepflicht

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

Ja       Nein

Bremen,

Datum

Unterschrift

Name in Druckbuchstaben