

# Anamnesebogen – Augenzentrum München Ost

Wir weisen darauf hin, dass die Angaben auf dem Anamnesebogen freiwillig sind!

**Patient/in** \_\_\_\_\_  
Name Vorname Geburtsdatum

**Tel.** (tagsüber) \_\_\_\_\_ **Mobil** \_\_\_\_\_

**E-Mail** \_\_\_\_\_

**Hausarzt** (Name, Anschrift) \_\_\_\_\_

**Ggf. überweisender Augenarzt** \_\_\_\_\_

## Augenanamnese

Tragen Sie eine Brille?  ja /  nein Wenn ja:  Ferne  Nähe  Multifokal

Tragen Sie Kontaktlinsen?  ja /  nein Wenn ja:  harte  weiche

Cataract (grauer Star) bekannt?  ja /  nein Wer hat das diagnostiziert? Und wann?

Glaukom bekannt?  ja /  nein Wenn ja: Welche Augentropfen nehmen Sie?

Maculadegeneration (AMD) bekannt?  ja /  nein  
Wenn ja: Bereits behandelt?  ja /  nein

Wenn ja: Wann, wo und mit welchem Medikament?

Augenoperationen bisher?  ja /  nein Wenn ja: Welche, wann und wo war die OP?

Augenverletzungen?  ja /  nein Wenn ja, welche, wann und wo behandelt?

Gibt es familiär Augenerkrankungen (Eltern/Geschwister)?  ja /  nein /  nicht bekannt

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

→ Bitte wenden!

## Allgemeine Anamnese

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="radio"/> Diabetes mellitus   | <input type="radio"/> Typ I <u>oder</u> <input type="radio"/> Typ II | <input type="radio"/> Teilnahme DMP<br>(Disease-Management-Programm) |
| <input type="radio"/> Bluthochdruck       | <input type="radio"/> Schilddrüsenüberfunktion                       | <input type="radio"/> Herzrhythmusstörung                            |
| <input type="radio"/> niedriger Blutdruck | <input type="radio"/> Schilddrüsenunterfunktion                      | <input type="radio"/> Herzinfarkt                                    |
| <input type="radio"/> Migräne             | <input type="radio"/> Thrombose                                      | <input type="radio"/> Schlaganfall                                   |
| <input type="radio"/> MRSA                | <input type="radio"/> HIV  | <input type="radio"/> Hepatitis                                      |
| <input type="radio"/> Multiple Sklerose   | <input type="radio"/> Krebserkrankung/ welche? _____                 |  |

Sonstige Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Allergien?  ja /  nein Welche? (ggf. Allergiepass vorlegen!)

Blutverdünnung?  ja /  nein Welche? \_\_\_\_\_

Dauerhafte Medikamenteneinnahme?  ja /  nein Wenn ja, welche?

### Freiwillige Einwilligung / Schweigepflicht-Entbindung:

Mein

- Hausarzt Dr. \_\_\_\_\_ (Name, Anschrift)
- überweisender Augenarzt Dr. \_\_\_\_\_
- ggf. weitere Ärzte \_\_\_\_\_ (Name, Anschrift)

darf/ dürfen hier erhobene Befunde übermittelt bekommen/ bzw. erfragen.

**Ich entbinde das Augenzentrum München Ost gegenüber dem/der oben genannten Arzt/ Ärztin von der ärztlichen Schweigepflicht.**

Mir ist bekannt, dass diese Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit von mir widerrufen werden kann.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in / gesetzlicher Vertreter