

Name:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon-Nr. / E-Mail:

**Herzlich willkommen in der Augenarztpraxis**

Vor der ersten Untersuchung möchten wir Sie nach früheren Krankheiten und gegenwärtigen Beschwerden befragen. Ihre sorgfältige und vollständige Beantwortung der folgenden Fragen erleichtert uns das anschließende Gespräch.

**Wann waren Sie das letzte Mal beim Augenarzt?**

**Wie heißt Ihr behandelnder Hausarzt?**

**Sind Sie Diabetiker?**

ja

nein

**Wenn ja, seit wann?**

Typ I

Typ II

**Wird die Diabetes mit Tabletten und / oder Insulin behandelt?**

Tabletten, seit \_\_\_\_\_, wie oft \_\_\_\_\_

Insulin, seit \_\_\_\_\_, wie oft \_\_\_\_\_

**Kennen Sie Ihren HbA1c-Wert?**

ja

nein

Wenn ja, letzten Wert mit Daum:

**Leiden Sie an einer Schilddrüsenerkrankung?**

ja

nein

Wenn ja, unter welcher?:

**Nehmen Sie dagegen Medikamente ein?**

ja

nein

Wenn ja, welche?:

**Haben Sie zu hohen Blutdruck?**

ja

nein

**Nehmen Sie dagegen Medikamente ein?**

ja

nein

Wenn ja, welche?:

**Leiden Sie an COPD?**

ja

nein

**Leiden Sie an Asthma bronchiale?**

ja

nein

**Hatten Sie einen Schlaganfall?**

ja

nein

Wenn ja, wann?:

**Hatten Sie einen Herzinfarkt?**

ja

nein

Wenn ja, wann?:

**Leiden Sie an Herzrhythmusstörungen?**

ja

nein

**Tragen oder trugen Sie eine Sehhilfe?**

ja

nein

Wenn ja, wann?:

**Wurden Sie schon einmal an den Augen operiert / gelasert?**

ja

nein

Wenn ja, Art der OP mit Datum:

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente für die Augen?**

ja

nein

Wenn ja, welche?:

**Nehmen Sie regelmäßig andere Medikamente ein?**

ja

nein

Wenn ja, welche?:

**Haben Sie Allergien?**

ja

nein

Wenn ja, welche?:

**Welche aktuellen Beschwerden oder welches Anliegen führt Sie heute zu uns?**

**Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?**

Empfehlung durch niedergelassene Ärzte (Kassenarzt)

durch Bekannte / Verwandte

durch das Internet

durch Flyer

durch einen AOK-Mitarbeiter / Kundenberater

Sonstiges

.....  
Datum

.....  
Unterschrift Patient/in bzw. gesetzlicher Vertreter

**Vielen Dank für Ihre Mithilfe.**

**Ihre Augenarztpraxis Dr. med. Gotzia**