

Anamnese

Augenarztpraxis:
Priv.- Doz. Dr. med. habil. Carlo Lackerbauer
& Kollegen



Name:	Tel.:
Adresse:	
Hausarzt:	Email:
Wie haben Sie von uns gehört?	

1. Tragen Sie eine Brille?	☐ ja	☐ nein	Seit wann:
2. Tragen Sie Kontaktlinsen?	☐ ja	☐ nein	Seit wann:
3. Sind Sie an einem Auge operiert worden?	☐ ja	☐ nein	
Wann?	Welche OP?		
Welches Auge?	☐ beide	☐ rechte	☐ linke
4. Hatten Sie jemals eine Laserbehandlung?	☐ ja	☐ nein	
Wann?	Welches Auge?	☐ beide	☐ rechte ☐ linke
5. Hatten Sie jemals eines Ihrer Augen verletzt?	☐ ja	☐ nein	
Wann?	Welches Auge?	☐ beide	☐ rechte ☐ linke
6. Haben Sie als Kind geschielt (Strabismus)?	☐ ja	☐ nein	
Wenn ja, hatten Sie eine Schiel-OP (Strabismus-OP)	☐ ja	☐ nein	
7. Ist ein Auge schon immer schlechter gewesen als das andere (d.h. mit Brille oder Kontaktlinse nicht besser)?	☐ ja	☐ nein	
Wenn ja, welches Auge?	☐ rechte	☐ linke	
8. Sind bei Ihnen schwerwiegende Augenerkrankungen bekannt ?	☐ ja	☐ nein	
Welche (z. B: erhöhter Augeninnendruck, Makula Degeneration, Netzhaut Erkrankungen, Thrombose etc.)?			
9. In Ihrer Familie? Bei Ihren Blutsverwandten?	☐ ja	☐ nein	
Welche (z. B: erhöhter Augeninnendruck, Makula Degeneration, Netzhaut Erkrankungen, Thrombose etc.)?			

Bitte wenden →

Leiden Sie an:

Bitte ankreuzen, unterstreichen oder ergänzen:

10.	Herzerkrankungen wie z. B. Vorhofflimmern, Herzinfarkt, Klappenfehler, Herzinsuffizienz, Arrhythmie, Bypass, Herzschrittmacher, Stents?	☐ ja	☐ nein
11.	Bluthochdruck?	☐ ja	☐ nein
12.	Hatten Sie schon mal eine Thrombose?	☐ ja	☐ nein
13.	Lungenerkrankungen? Welche? Jemals Lungenembolie gehabt?	☐ ja ☐ ja	☐ nein ☐ nein
14.	Diabetes Mellitus? Hba1c Wert?	☐ ja	☐ nein
15.	Sind bei Ihnen Erkrankungen der Niere, Harnblase oder Harnwege bekannt? Prostata Erkrankungen?	☐ ja ☐ ja	☐ nein ☐ nein
16.	Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?	☐ ja	☐ nein
17.	Schilddrüsenerkrankungen?	☐ ja	☐ nein
18.	Rheumatische Erkrankungen (Arthrose, Rheuma)?	☐ ja	☐ nein
19.	Neurologische/psychiatrische Erkrankungen? Schlaganfall, Depression, Demenz?	☐ ja	☐ nein
20.	Tumorerkrankungen? Welche?	☐ ja	☐ nein
21.	Infektionskrankheiten? Hepatitis, HIV, andere?	☐ ja	☐ nein
22.	Allergien auf Latex, Jod, Pflaster? Allergien auf Medikamente, welche?	☐ ja ☐ ja	☐ nein ☐ nein
23.	Nehmen Sie regelmäßig Verdünnungsmittel (z.B. Marcumar, ASS100)?	☐ ja	☐ nein
24.	Nehmen sie derzeit Hormone?	☐ ja	☐ nein
25.	Bitte nennen Sie alle von Ihnen eingenommenen Medikamente, Augentropfen, Spritzen (Insulin, Heparin), Pille, Homöopathische- oder Naturheilmittel:		

Die Datenschutzerklärung nach Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz liegt in der Praxis aus und wird auf Wunsch ausgehändigt.
Über dies erkläre ich mich einverstanden, dass in gegebenen Fällen die Augen-Kompetenz-München meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung beim Hausarzt/weiterbehandelnden Kollegen oder Krankenhaus anfordern und angeforderte Befunde oder Berichte an meinen Hausarzt oder weiterbehandelnden Arzt weiterleiten darf. Zudem willige ich ein, dass ich per E-Mail kontaktiert und über meinen Termin informiert werde. Mir ist bewusst, dass diese Kommunikationswege keinen verschlüsselten Übertragungsweg darstellen und potenziell von unberechtigten Dritten eingesehen werden können.

Datum:

Unterschrift: