

# PATIENTENAUFNAHMEBOGEN



## Herzlich willkommen in unserer Augenärztlichen Gemeinschaftspraxis!

Um gezielter auf Ihre Wünsche eingehen zu können und den leider auch nötigen bürokratischen Aufwand gering zu halten, möchten wir Sie bitten, sich einige Minuten Zeit zu nehmen. Der folgende Bogen mit Fragen zu Ihrer Gesundheit wird uns bei Ihrer Beratung und Betreuung behilflich sein. Wir bitten um Blockschrift. Danke sehr!

### Persönliche Daten:

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Geschlecht: ( ) männlich ( ) weiblich

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ eMail: \_\_\_\_\_

Hausarzt (Adresse): \_\_\_\_\_

### Anamnese:

Bekannte Augenerkrankungen in der Familie und Verwandtschaft:

Katarakt  Glaukom  Netzhautablösung  Sonstiges: \_\_\_\_\_

Allgemeine Erkrankungen

Diabetes mellitus, ggf. seit \_\_\_\_\_ bekannt.

Bluthochdruck, ggf. seit \_\_\_\_\_ bekannt.

Allergie, \_\_\_\_\_

Sonstige Erkrankungen / Operationen: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente ein

Ja  Nein wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Augenanamnese

Schwachsichtigkeit  R  L Strabismus  R  L Kontaktlinsen  R  L

Brille:  Ferne seit: \_\_\_\_\_

Nähe seit: \_\_\_\_\_

Augenoperationen und Laserbehandlungen: \_\_\_\_\_

Als Ärzte bzw. Mitarbeiter einer Arztpraxis unterliegen wir der Schweigepflicht, d. h. wir geben Informationen (Befunde etc.) ausschließlich an Sie persönlich weiter. Sie haben aber die Möglichkeit, Ausnahmen selbst festzulegen. Bitte geben Sie hier die Namen der Personen an, denen wir Auskünfte erteilen dürfen. Wir handeln dann gerne in Ihrem Auftrag.

Auskunfts berechtigt sind: \_\_\_\_\_

Frankfurt, den \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_