

» Wünschen Sie Informationen zu

- » Brillenkorrektur
mit Laser mit Speziallinsen
- » kosmetische Lidkorrekturen
- » Korrekturverfahren bei Alterssichtigkeit
- » eigenem Thema _____

» Wichtiger Hinweis zum Datenschutz

Alle Patientendaten der Charlottenklinik für Augenheilkunde können von unserem gesamten medizinischen Personal eingesehen werden. Dazu zählen die Kolleginnen und Kollegen unseres Medizinischen Versorgungszentrums, die Praxis von Herrn Dr. Friedrichs und die Ermächtigungsambulanz.

Diese ganzheitliche Einsicht ist notwendig, um Ihnen einen durchgängigen, auf Sie persönlich abgestimmten Behandlungsprozess zu gewährleisten.

Sollten Sie zu diesem Thema Fragen haben, sprechen Sie uns bitte an.

Mit der Befundübermittlung an meinen Hausarzt bin ich einverstanden.

Stuttgart, den _____

Unterschrift _____

» Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihr Augenarzt hat Sie zur weiteren Untersuchung und Behandlung an uns überwiesen. Zur optimalen Vorbereitung auf Ihre Behandlung bitten wir Sie, uns die folgenden Fragen zu beantworten.

Ihre Daten und Angaben behandeln wir streng vertraulich. Sie dienen uns ausschließlich als Grundlage für Ihre individuelle Behandlung. Bitte bringen Sie diesen Fragebogen ausgefüllt zu Ihrem Termin bei uns mit.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

» Allgemeine Daten

Vorname _____

Name _____

Geburtsdatum _____

Krankenkasse _____

Termin/Uhrzeit _____

Diagnose _____

Sind Sie bereits Patient/in? ja nein

Ihre Augenarztpraxis _____



Stiftung bürgerlichen Rechts
Stiftungsjahr 1891
Falkertstraße 50, 70176 Stuttgart
Chefarzt Prof. Dr. Gangolf Sauder

Terminvereinbarung 0711 / 6692-100
Zentrale 0711 / 6692-0
Fax 0711 / 6692-159
E-Mail info@charlottenklinik.de
Internet www.charlottenklinik.de



Praxis Dr. med. Wilko Friedrichs
Falkertstraße 50, 70176 Stuttgart

Telefon 0711 / 6692-180
E-Mail info@dr-w-friedrichs.de
Internet www.dr-w-friedrichs.de



Anamnesebogen

CKA_FA_160113

» Fragen zur Überweisung

» Termin

Chefarzt Prof. Dr. med. Sauder
Praxis Dr. med. Friedrichs
Ambulanz
Ambulante OP Charlottenklinik

» Sprechstunde wegen:

Grüner Star (Glaukom) Grauer Star (Katarakt)
Netzhauterkrankung Makuladegeneration
Tränenweg-OP Hornhaut
Lid-OP Crosslinking
Refraktive Chirurgie Notfall

Sonstiges _____

» Tragepause der Kontaktlinsen für Ihre Voruntersuchung:

Harte KL 10 Tage Weiche KL 7 Tage

» Fragen zu Ihren Augen

Haben Sie als Kind geschielt? ja nein
Waren beide Augen in Ihrer Kindheit etwa gleich gut? ja nein
Tragen oder trugen Sie eine Sehhilfe? Fern-, Lese- oder Mehrstärkenbrille ja nein
seit _____
weiche bzw. harte Kontaktlinsen ja nein
seit _____

In welchem Alter haben Sie Ihre erste Brille bekommen? _____

Hatten Sie bereits Verletzungen an Ihren Augen? ja nein

Welche? _____

Wurden Ihre Augen bereits operiert oder gelasert? ja nein

Warum? _____

Haben Sie erhöhten Augendruck? (Glaukom/Grüner Star) ja nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente für Ihre Augen? ja nein

Welche? _____

» Allgemeine Fragen zu Ihrer Gesundheit

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Welche? _____

Zuckerkrankheit ja nein

seit _____
Sind Sie insulinpflichtig? ja nein

seit _____
Ist Ihnen Ihr Langzeitzuckerwert (HbA1c) bekannt? ja nein

Nierenfunktionsstörung bzw. erhöhte Nierenwerte ja nein

Asthma ja nein

Chronische Bronchitis ja nein

Schilddrüsenerkrankung ja nein

Erhöhter Blutdruck ja nein

Thrombose oder Embolie ja nein

Herzinfarkt oder koronare Herzkrankheiten ja nein

Schlaganfall ja nein

Wann? _____

Rheumatische Erkrankungen ja nein

Akute und chronische Infektionskrankheiten ja nein

seit _____ welche _____

Leberkrankheiten (Gelbsucht, Hepatitis etc.) ja nein

seit _____ welche _____

Allergien ja nein

seit _____ welche _____

Nehmen Sie Tamsulosin? ja nein

Haben Sie Platzangst? ja nein

» Für Frauen:

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Woche? _____

» Fragen zur anästhesiologischen Begleitung

Größe _____

Gewicht _____

Gefäßerkrankungen (z.B. Krampfadern, Thrombose) ja nein

Muskelerkrankungen (z.B. Muskelschwäche) ja nein

Nervenleiden (z.B. Krampfanfälle, Lähmungen) ja nein

Haben Sie Blutgerinnungsstörungen? ja nein

Nehmen Sie blutverdünnende Mittel? ja nein

Waren Sie in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wurden Sie bereits operiert? ja nein

Welche Operation(en) wurde durchgeführt?

Traten bei Narkosen Zwischenfälle auf? ja nein

Tragen Sie Zahnersatz oder haben Sie lockere Zähne? ja nein

Rauchen Sie regelmäßig? ja nein

Wie viel? _____