Sonstige Erkrankungen nein ☐

ja ☐ welche? _____

Allergien nein ☐

ja ☐ welche? _____

Leiden Sie unter Platzangst? ja ☐ nein ☐

› Für Männer

Nehmen Sie Tamsulosin? ja ☐ nein ☐

› Für Frauen

Besteht eine Schwangerschaft? nein ☐

ja ☐ Woche? _____

Charlottenklinik
für Augenheilkunde

Falkertstraße 50, 70176 Stuttgart
0711 / 6692-0

Terminvereinbarung
0711 / 6692-100

Fax 0711 / 6692-159
info@charlottenklinik.de
www.charlottenklinik.de

Charlottenklinik
Medizinische Versorgungszentren
Rosenbergstraße & Falkertstraße
+ Zweigstelle Gerlingen

MVZ Rosenbergstraße
Rosenbergstraße 19-21, 70176 Stuttgart
0711 / 6692-180
terminanfrage@charlottenklinik.de

MVZ Falkertstraße
Falkertstraße 50, 70176 Stuttgart
0711 / 66 92-100
terminanfrage@charlottenklinik.de

MVZ Falkertstraße,
Zweigstelle Gerlingen
Hauptstraße 33, 70839 Gerlingen
07156 / 929592
mvzgerlingen@charlottenklinik.de

TÜV SÜD ISO 9001

ZERTIFIZIERT BGW qu.int.as NACH MAAS-BGW

Charlottenklinik
für Augenheilkunde

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie haben sich an uns gewandt / 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 _____ Telefon _____

Augenarzt _____ Hausarzt _____

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, Kontaktlinsen) nein ☐

ja ☐ seit welchem Alter? _____

Hatten Sie bereits Verletzungen an Ihren Augen? nein ☐

ja ☐ welche? _____

Wurden Ihre Augen bereits operiert oder gelasert? nein ☐

ja ☐ warum? _____

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

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente für Ihre Augen? nein ☐

ja ☐ welche? _____

Allgemeine Fragen zu Ihrer Gesundheit

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? nein ☐

ja ☐ welche? _____

_____

Zuckerkrankheit nein ☐

ja ☐ seit? _____

Sind Sie insulinpflichtig? nein ☐

ja ☐ seit? _____

Ist Ihnen Ihr Langzeitzuckerwert (HbA1c) bekannt? nein ☐

ja ☐ _____

Lebererkrankungen ja ☐ nein ☐

Nierenfunktionsstörung bzw. erhöhte Nierenwerte ja ☐ nein ☐

Asthma ja ☐ nein ☐

Chronische Bronchitis ja ☐ nein ☐

Schilddrüsenerkrankung ja ☐ nein ☐

Erhöhter Blutdruck ja ☐ nein ☐

Thrombose ja ☐ nein ☐

Embolie ja ☐ nein ☐

Herzinfarkt ja ☐ nein ☐

Herzkrankheiten nein ☐

ja ☐ welche? _____

Schlaganfall nein ☐

ja ☐ wann? _____

Rheumatische Erkrankungen ja ☐ nein ☐

Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tuberkulose, HIV usw.) nein ☐

ja ☐ seit _____ welche? _____