**Anamnesebogen (Klinik für Augenheilkunde)**

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

**herzlich Willkommen in der Klinik für Augenheilkunde des Universitätsklinikums Essen.**

**Wir möchten Sie bitten, zur Vorbereitung der Behandlung diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, markieren Sie diese bitte mit einem Fragezeichen. Bei Unklarheiten helfen wir Ihnen gerne.**

**Allgemeine Angaben:**

## Name: Geb.dat.: Größe: Tel.:

Beruf: Augenarzt:

Vorname: Alter: Gewicht: E-Mail: Einweisender Arzt: Hausarzt:

Private Versicherung/Private Zusatzversicherung ambulant (Chefarztbehandlung) O Ja O Nein Private Versicherung/Private Zusatzversicherung stationär (Chefarztbehandlung) O Ja O Nein Patientenverfügung O Ja O Nein Vorsorgevollmacht O Ja O Nein Gesetzlicher Betreuer O Ja O Nein (Name/Tel.)

# Vorgeschichte Augen:

Tragen Sie eine Brille O Ja O Nein Wenn ja, seit wann?

Tragen Sie Kontaktlinsen O Ja O Nein. Wenn ja, seit wann?

Haben Sie als Kind geschielt? O Ja O Nein Konnten beide Augen immer gleich gut sehen? O Ja O Nein

O rechts besser O links besser Bisherige Augenerkrankungen (z.B. Glaukom/Grüner Star, Katarakt/Grauer Star, Verletzungen, Augenentzündungen, etc.):

Sind Sie schon einmal an den Augen operiert worden? O Ja O Nein Falls ja, welche Operationen sind es gewesen? (mit Jahresangabe):

Sind Sie schon einmal an den Augen gelasert worden? O Ja O Nein

Falls ja, an welchem Auge und weshalb? Nehmen Sie Augentropfen? O Ja O Nein

Falls ja, welche?

Sind Augenerkrankungen in der Familie bekannt (z.B. Glaukom/Grüner Star, Katarakt/Grauer Star, Netzhauterkrankungen, Makulaerkrankungen/AMD, etc.)?

Was sind Ihre **aktuellen** Augenbeschwerden?

# Vorgeschichte (Allgemein):

**Sind oder waren bei Ihnen folgende Krankheiten bekannt?**

**Falls ja, machen Sie bitte nähere Angaben.**

O zu hoher Blutdruck/ O zu niedriger Blutdruck

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| O | Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) |   |
| O | Lungen-/Atemwegserkrankungen |   |
| O | Herzerkrankungen |   |
| O | Magen- oder Darmerkrankungen |   |
| O | Leber- oder Nierenerkrankungen |   |

O infektiöse Erkrankungen (z.B. HIV, Hepatitis)

O Schilddrüsenüberfunktion/ O Schilddrüsenunterfunktion

O sonstige Schilddrüsenerkrankungen

O Rheumatische Erkrankungen

O Tumorerkrankungen

O Gefäßerkrankungen

O Blutgerinnungsstörungen oder Bluterkrankungen

O Nerven- und Gemütsleiden

O bisherige Operationen/Krankenhausaufenthalte

Befanden Sie sich in den letzten 6 Monaten in stationärer Behandlung? O Ja O Nein

Falls ja, in welchem Krankenhaus?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Wurde ein Krankenhauskeim-Abstrich durchgeführt? | O Ja | O Nein |
| Falls ja, war dieser positiv? | O Ja | O Nein |
| Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Falls ja, welche und in welcher Dosierung? | O Ja | O Nein |

Haben Sie in letzter Zeit Schmerzmittel, durchblutungsfördernde oder gerinnungshemmende Medikamente eingenommen? (z.B. Aspirin, ASS, Marcumar, Plavix)

O Ja O Nein

Falls ja, wann haben diese zuletzt eingenommen? Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? O Ja O Nein

Falls ja, welche Medikamente? Sind Allergien bekannt? O Ja O Nein

Falls ja, welche? Könnte bei Ihnen zurzeit eine Schwangerschaft bestehen? O Ja O Nein Stillen Sie zurzeit? O Ja O Nein

Rauchen Sie? O Ja O Nein

Falls ja, wie viele Zigaretten am Tag? Trinken Sie Alkohol? O Ja O Nein

Falls ja, was und wieviel im Durchschnitt pro Tag?

## Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Prof. Dr. med. Bechrakis und Mitarbeiter