

Anamnesebogen

Augenanamnese	Ja	Nein	Falls ja, ab welchem Lebensjahr bzw. wann wurde Erstdiagnose gestellt?	Welches Auge ist betroffen? R/L	Anmerkungen
1. Brillenträger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□□. Lj.		_____ _____
2. Kontaktlinsenträger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□□. Lj		_____ _____
3. Sehen Sie auf beiden Augen mit Korrektur gleich gut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			_____ _____
4. Schielen bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□□. Lj	R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>	_____ _____
5. Sind Sie schwach-sichtig? (Amblyopie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□□. Lj	R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>	_____ _____
6. Augenbewegungsstörungen bzw. Doppelbilder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			_____ _____
7. Grauer Star (Katarakt)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□□. Lj	R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>	_____ _____
8. Grüner Star (Glaukom)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□□. Lj	R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>	_____ _____
9. Netzhauterkrankungen? (z.B. Netzhautablösung,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□□. Lj	R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>	_____ _____
10. Makulaerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□□. Lj	R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>	_____ _____

Augenanamnese	Ja	Nein	Falls ja, ab welchem Lebensjahr bzw. wann wurde Erstdiagnose gestellt?	Welches Auge ist betroffen? R/L	Anmerkungen
11. Schwere chronische Augenentzündungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□□. Lj	R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>	_____
12. Augenverletzungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□□. Lj	R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>	_____
13. Augenoperationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□□. Lj	R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>	_____
14. Augenmedikamente? (Tropfen/Salben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□□. Lj	R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>	_____
15. Sind in Ihrer Familie Augenerkrankungen bekannt? (z.B. hohe Fehlsichtigkeiten, Glaukom [Grüner Star], Katarakt [Grauer Star], Netzhautablösung, Farbsehstörungen,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			_____

Allgemeinanamnese	Ja	Nein	Falls ja, ab welchem Lebensjahr bzw. wann wurde Erstdiagnose gestellt?	Anmerkungen
1. Herz-Kreislaufkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□□. Lj	_____
2. Andere Organerkrankung? (z.B. Leber, Niere, Magen,..)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
3. Neurologische Erkrankungen? (z.B. Schlaganfall, Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□□. Lj	_____

Allgemeinanamnese	Ja	Nein	Falls ja, ab welchem Lebensjahr bzw. wann wurde Erstdiagnose gestellt?	Anmerkungen
4. Stoffwechselerkrankung? (z.B. Blutzucker, Schilddrüse, Fettstoffwechsel,..)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□□. Lj	_____ _____ _____
5. Seelische Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□□. Lj	_____ _____
6. Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____ _____
7. Medikamenteneinnahme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□□. Lj	_____ _____
8. Medikamente, die die Reaktionszeit beeinflussen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□□. Lj	_____ _____
9. Andere Erkankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□□. Lj	_____ _____
10. Haben Sie Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____ _____

Sonstige Anmerkungen:
