

Anamnesebogen



Name, Vorname			
Geburtsdatum		Tel.:	
Letzter Augenarzttermin			
Beruf			
Grund Ihres Besuches			

Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, sind wir Ihnen gerne behilflich.

Allgemeinerkrankungen					
	Nein	Ja			
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	HbA1c %: _____		
Blutdruck	Normal	Zu hoch	<input type="radio"/>	Zu niedrig	<input type="radio"/>
Schilddrüse	<input type="radio"/>	Überfunktion	<input type="radio"/>	Unterfunktion	<input type="radio"/>
		Welche?			
Bekannte Allergien	<input type="radio"/>				
Medikamenteneinnahme	<input type="radio"/>				
Sonstige Erkrankungen	<input type="radio"/>				
Augenanamnese					
Bekannte Erkrankungen	<input type="radio"/>				
Erfolgte Augenoperationen	<input type="radio"/>				
Sind Augenerkrankungen in der Familie bekannt?	<input type="radio"/>				
Nehmen Sie Augentropfen?	<input type="radio"/>				
Sind Sie Kontaktlinsenträger/in?	<input type="radio"/>				

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben.

Ihre persönlichen Daten, medizinischen Daten und Befunde werden von uns streng vertraulich behandelt.

Der Datenschutz wird gemäß der Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) gewahrt.

Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie ein, dass wir Ihre Daten in Ihrer Patientenkartei speichern und Sie die Datenschutzbestimmungen, gemäß des Aushanges an der Anmeldung, gelesen und verstanden haben.

Einwilligung durch Datum/Unterschrift des Patienten