

# Patientenfragebogen

für: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

## Sehr geehrte, liebe Patientin, sehr geehrter, lieber Patient,

wir freuen uns sehr, dass Sie heute unsere Praxis aufgesucht haben.

An der Anmeldung werden Sie von **Frau Pascher, Frau Mendl, Frau Seyler** oder **Frau Kuntz** betreut. Eine dieser Assistentinnen wird schon einige Messungen bei Ihnen durchführen, die es mir ermöglichen, Sie im Sprechzimmer noch genauer zu untersuchen.

Wir werden alles tun, damit Sie Ihr Wohlbefinden so rasch wie möglich wieder erlangen.

Dabei unterstützen Sie uns sehr, indem Sie diesen Fragebogen ausfüllen.

Warum besuchen Sie heute unsere Praxis?

Kontrolle  Sehverschlechterung  Brillenüberprüfung  Beschwerden

Welche Beschwerden haben Sie an den Augen?

Jucken  Tränen  Blitze  schwarze Punkte  Andere Beschwerden

Welche? \_\_\_\_\_

Tragen Sie eine Brille? Nein , Ja

Lesebrille  Fernbrille  Bifokalbrille  Gleitsichtbrille

Wie alt ist Ihre **aktuelle** Brille? \_\_\_\_\_ Jahre

Gibt es bei Ihnen oder in Ihrer Familie schwere Augenerkrankungen? Nein  Ja :

Grauer Star  Grüner Star  Netzhautablösung  Maculadegeneration ,

falls ja, bei wem? \_\_\_\_\_

Wurden Sie schon einmal an den Augen operiert? Nein  Ja , im Jahre \_\_\_\_\_

Rechtes Auge  linkes Auge  beide Augen

Warum wurde Ihr Auge operiert? Grauer Star  Schielen  Grüner Star

War ein Auge schon **immer** schlechter? Nein , Ja : rechts , links

Benutzen Sie regelmäßig Augentropfen? Nein , Ja  \_\_\_\_\_

Leiden Sie an Zucker / Asthma / hohem Blutdruck / Herzstolpern  ?

Wie lange schon? \_\_\_\_\_

Haben Sie andere allgemeine Erkrankungen? Nein:  Ja:

Welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie **regelmäßig** Medikamente ein? Nein:  Ja:

Welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien? Nein  Ja:  Augentropfen  Hausstaub  Penicillin  Gräser  Pollen  Sonstige?  \_\_\_\_\_

Wie heißt Ihr Hausarzt? \_\_\_\_\_

**Danke für Ihre Mithilfe! Bitte geben Sie diesen Bogen an der Anmeldung wieder ab.**

Ihr Augenarzt mit seinen Assistentinnen