

## Anamnesebogen • Augenheilkunde

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, Sie in unserer Augenpraxis begrüßen zu dürfen. Um Sie optimal beraten zu können, bitten wir Sie den folgenden Fragebogen ausfüllen.

Bei Fragen oder Unklarheiten stehen wir Ihnen jederzeit zur Verfügung. **(Bitte vollständig ausfüllen)**

Name, Vorname	Geburtsdatum
Adresse	Telefon
Beruf (freiwillig)	Mail
<b>Versicherung</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gesetzliche Krankenkasse</li> <li>○ Selbstzahler</li> <li>○ Unfallbehandlung (Berufsgenossenschaft)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Private Krankenkasse <ul style="list-style-type: none"> <li>◇ Standard-/Basistarif</li> <li>◇ Zusatzversichert</li> <li>◇ Vollversichert</li> <li>◇ Beihilfe</li> <li>◇ Sonstige (Polizei, Bundeswehr, usw.)</li> </ul> </li> </ul>

**Aktuelle Beschwerden an den Augen** (Beginn, Verlauf und Ausprägung):

---



---

**Letzter Augenarztbesuch:**

---

**Name, Adresse und Telefonnummer der Ärzte:**

behandelnder Augenarzt	
behandelnder Hausarzt	

Sind Patient und Zahlungspflichtiger, bzw. gesetzl. Vertreter/ Betreuer nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen. Begleiten Sie den o.g. Patienten als gesetzlicher Betreuer, weisen Sie sich bitte an der Patientenmeldung mit Ihrer Betreuerurkunde aus!

---

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger, bzw. gesetzlicher Betreuer/Vertreter)  
Geburtsdatum

---

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger: Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer der Behandlung bzw. Primärversorgung nach Unfällen und akuter Schmerzen) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:

---

Erziehungsberechtigter, gesetzl. Vertreter

Ort, Datum



### Familienanamnese

1. **Gibt es Augenerkrankungen in der Familie?**     Ja     Nein     Nicht bekannt

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

2. **Gibt es Brillenträger in der Familie?**     Ja     Nein     Nicht bekannt

- Wenn ja:  Kurzsichtigkeit  
 Weitsichtigkeit  
 Hornhautverkrümmung  
 Unterschiedliche Brillenwerte zwischen rechtem und linkem Auge

3. **Sind in Ihrer Familie folgende Erkrankungen aufgetreten?**

- |                               |                             |                               |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Morbus Bechterew              | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Multiple Sklerose             | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Sarkoidose                    | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Entzündliche Darmerkrankungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| M. Behcet                     | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Tuberkulose                   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| HIV/AIDS                      | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Borreliose                    | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

### Augeneigenanamnese

1. **Waren Sie als Kind in augenärztlicher Behandlung?**     Ja     Nein

- Wenn ja:  es wurde eine Brille verordnet  
 Ab welchem Lebensjahr? \_\_\_\_\_  
 es wurde eine Schielbehandlung durchgeführt  
 ich bin schieloperiert worden

2. **Sind Vorerkrankungen bzw. Operationen der Augen bekannt?**     Ja     Nein

Wenn ja, welche und wann: \_\_\_\_\_

3. **Sind Sie Brillenträger?**     Ja     Nein

- Wenn ja:  ich trage eine Lesebrille  
 ich trage eine Fernbrille  
 ich trage eine Bifokalbrille/Gleitsichtbrille  
 in meine Brille wurden Prismen eingetragen



- 4. Haben Sie als Kind mit beiden Augen immer gleich und gut gesehen?**  Beide gleich  
 rechts besser  
 links besser

- 5. Hatten Sie jemals eine schwere Augenverletzung**  Ja  Nein

Wenn ja, was genau? \_\_\_\_\_

- 6. Sind Sie zurzeit in augenärztlicher Behandlung?**  Ja  Nein

Wenn ja, welche Therapie? Augentropfen  Ja  Nein

Welche Tropfen? \_\_\_\_\_ Wie Oft? \_\_\_\_\_

Welches Auge? \_\_\_\_\_

Spritzen (IVOM)  Ja  Nein

Andere \_\_\_\_\_

**7. Welche Augen-Beschwerden haben Sie?**

- keine Beschwerden, Routine Kontrolle
- keine Beschwerden, möchte neue Brille
- Sehverschlechterung
- verschwommen Sehen im Nahbereich
- Doppelbilder, wenn ja:  vertikal  horizontal  schräg versetzt  
 im Fernbereich  im Nahbereich  beide Distanzen
- Schielen, wenn ja:  innen  außen  Höhenschielen
- Augenschmerzen
- juckende Augen
- Fremdkörpergefühl
- Tränen der Augen
- rote Augen
- Blitze
- Schattensehen
- Fliegende Mücken
- verzerrtes Sehen
- Kopfschmerzen nach anstrengender Tätigkeit mit den Augen



- Schwindel
- Frage zu operativem Eingriff
- 2. Meinung
- Gutachten

### Allgemeine Eigenanamnese

1. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?  Ja  Nein

Wenn ja, welche?


2. Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

- Anfallsleiden / Epilepsie:  Ja  Nein
- Atemwegserkrankungen:
  - chronische Bronchitis  Ja  Nein
  - Lungenemphysem  Ja  Nein
  - Asthma bronchiale  Ja  Nein
- Blutgerinnungsstörungen:
  - angeborene und erworbene Koagulopathien/Blutungsneigung (Hämophilie)  Ja  Nein
  - Antikoagulantien Therapie (Blutgerinnungshemmung)  Ja  Nein
- Diabetes mellitus
  - Typ 1  Ja  Nein
  - Typ2  Ja  Nein
- hämatologische Erkrankungen (Erkrankungen der blutbildenden Organe):
  - Anämie  Ja  Nein
  - Agranulozytose  Ja  Nein
  - Leukämie  Ja  Nein
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen:
  - Herzinsuffizienz.  Ja  Nein
  - Koronare Herzkrankheit/Angina Pectoris.  Ja  Nein
  - Herzinfarkt  Ja  Nein
  - Herzrhythmusstörungen  Ja  Nein
  - Herzschrittmacher  Ja  Nein
  - Hypertonie (erhöhter Blutdruck).  Ja  Nein
  - Hypotonie (verminderter Blutdruck)  Ja  Nein



- Neurologische Krankheiten
  - Multiple Sklerose  Ja  Nein
  - Apoplex/Schlaganfall  Ja  Nein
  
- Infektionskrankheiten:
  - Hepatitis  Ja  Nein
  - HIV / AIDS  Ja  Nein
  - Tuberkulose  Ja  Nein
  
- Lebererkrankungen  Ja  Nein
  
  
- Magen-Darm-Erkrankungen
  - Morbus Crohn  Ja  Nein
  - Colitis Ulcerosa  Ja  Nein
  
  
- Nierenerkrankungen:
  - chronische Niereninsuffizienz  Ja  Nein
  - Dialyse  Ja  Nein
  
- Osteoporose  Ja  Nein
- rheumatoide Arthritis  Ja  Nein
  
  
- Schilddrüsen Erkrankungen
  - Überfunktion  Ja  Nein
  - Unterfunktion  Ja  Nein
  
  
- Tumorerkrankungen  Ja  Nein
- Wenn ja welche?

---

Haben Sie Chemotherapie/ Strahlentherapie /Radiotherapie. dafür gehabt? Wie lange und wann?

### 3. Haben Sie Allergien/Unverträglichkeiten?

- Lokal Anästhetika  Ja  Nein
- Schmerzmittel.  Ja  Nein
- Antibiotika  Ja  Nein
  
- Andere \_\_\_\_\_

### 4. Allgemeine Angaben

- Schwanger \_\_\_\_\_ Monat  Ja  Nein
  
- Drogenkonsum  Ja  Nein



- Alkoholkonsum  Ja  Nein

Wenn ja:  selten  oft  regelmäßig

- Raucher  Ja  Nein

Wenn ja:  selten  oft  regelmäßig

- ◇ Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner freiwillig gemachten Angaben und gestatte der Beyond**Eye** Augenpraxis, meine Daten in meiner Patientenakte zu hinterlegen.
- ◇ Ich willige bis auf Widerruf ein, dass sich die Ärzte der Beyond**Eye** Augenpraxis mit meinen o.a. Haus-, Zahn- und Fachärzten im Sinne meiner Behandlung austauschen.
- ◇ Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- ◇ Ich verpflichte mich, die Mitarbeiter der Beyond**Eye** Augenpraxis umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen meines Gesundheitszustandes bzw. meiner Medikamente zu informieren
- ◇ Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens ein Tag im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.
- ◇ Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

Wir weisen darauf hin, dass die Datenübertragung im Internet – z. B. bei der Kommunikation per E-Mail – Sicherheitslücken aufweisen kann. Ein lückenloser Schutz der Daten vor dem Zugriff durch Dritte ist nicht möglich.

Wir bedanken uns für Ihre Mühe, ihr Beyondeye Team