



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, Sie zum ersten Mal in unserer Praxis begrüßen zu dürfen.

Die kompetente ärztliche – auch augenärztliche! – Beratung erfordert eine gute Kenntnis Ihrer medizinischen Vorgeschichte. Um Ihnen ausreichend Zeit zum Beantworten zu geben, legen wir Ihnen für die Wartezeit diesen Fragebogen vor. Wir bitten Sie, Vorder- und Rückseite gut, genau und leserlich auszufüllen.

Alle Angaben, die Sie machen, unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden von uns streng vertraulich behandelt. Wir werden Ihre Daten auch **nicht für eigene Werbezwecke** verwenden. **Alle Angaben sind freiwillig.**

Block 1: Kontaktinformationen

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon:

privat:

dienstlich:

mobil:

Email:

Möchten Sie von uns per Email () oder per SMS () an Ihre Termine erinnert werden?

Block 2: Medizinische Verwaltung / Arztkontakte

Krankenkasse:

Bei privat Versicherten ggf. abweichenden Rechnungsempfänger angeben:

Kinder-/Hausarzt, Praxisanschrift:

Sind sie wegen Diabetes im DMP-Programm (Hausarzt, Diabetologe) registriert? ()

Block 3: Vorgeschichte

- **Ausgeübter Beruf / Tätigkeit:**

- **Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? () ja () nein () unsicher**

- **Fahren Sie Auto? () ja () nein**

- **Welche Medikamente nehmen Sie dauerhaft ein (Name, Dosierung, seit wann)?**

Bitte wenden.



Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen? Falls ja, seit wann?

- () Herz-Kreislauferkrankungen () Hoher Blutdruck
() Migräne () Schilddrüsenerkrankung
() Gerinnungsstörung/Bluterkrankheit () Diabetes. Falls ja () Typ I () Typ II
() Allergien. Falls ja, wogegen:
() Rheuma. Falls ja, wie heißt die Krankheit genau?

Block 4: Anlaß Ihres Besuches

Was können wir für Sie tun bzw. wegen welcher Beschwerden kommen Sie?

- () Brille verordnen () Kontaktlinsen anpassen () Vorsorge ohne Beschwerden
() schlechte Fernsicht () schlechte Nahsicht
() Augenflimmern () Kopfschmerzen () Gesichtsfeldausfall
() Schwebende Fusseln () Punkt/Blitzwahrnehmung
() Doppelbilder () Schielen () Fremdkörper(gefühl)
() Brennen/Tränen () Rötung/Schwellung () Verklebungen

Sonstige:

Block 5: augenärztliche Vorgeschichte

Bei welchem/r Augenarzt/ärztin waren Sie zuletzt? Wann war das?

Wurden Sie bereits an den Augen operiert (wann, woran, welche Seite)?

Leiden Sie an () grauem Star oder () grünem Star oder () AMD?

Nehmen Sie regelmäßig Augentropfen ein? Falls ja, welche, wie oft, seit wann?

Wann hatten Sie Ihre erste Fernbrille? _____ ... Nahbrille? _____

Von wann ist Ihre neueste Brille? _____

Ist sie vom () Optiker () Augenarzt () Discounter

Falls Sie Kontaktlinsen tragen, wann zum ersten Mal? _____

Wann haben Sie Ihre Kontaktlinsen zuletzt getragen? _____

Sind es () harte oder () weiche? Wer hat sie angepaßt?

Vielen Dank für Ihre Auskunft.

Datum, Unterschrift: