

<b>Augenarztpraxis</b>  <b>Anke Heiland</b> <b>Bahnhofplatz 6</b> <b>90762 Fürth</b>	<b>Anamnesebogen</b>	<b>Stand 1/18</b>
--	----------------------	-------------------

**Name/Vorname:** \_\_\_\_\_ **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Straße:** \_\_\_\_\_ **Wohnort:** \_\_\_\_\_

**Telefonnummer:** \_\_\_\_\_

**Hausarzt:** \_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien? \_\_\_\_\_

Sind Sie Diabetiker?  nein  ja, seit \_\_\_\_\_ Typ I  Typ II

Wird der Diabetes mit Tabletten oder Insulin behandelt? \_\_\_\_\_

Kennen Sie Ihren HbA1c-Wert? \_\_\_\_\_

Haben Sie Bluthochdruck?  nein  ja

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?  nein  ja

Haben Sie infektiöse Erkrankungen (z.B. multiresistente Keime, Hepatitis, TBC)

nein  ja wenn ja welche? \_\_\_\_\_

Sonstige Erkrankungen? \_\_\_\_\_

Tragen Sie eine Sehhilfe?  Fernbrille  Lesebrille  Mehrstärkenbrille (z.B. Gleitsichtbrille)

Kontaktlinse

Wurden Sie schon einmal am Auge operiert?  nein  ja

Sonstige Anmerkungen: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift des Patienten \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern zugänglich sind, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist. Ich bin mit der elektronischen Datenspeicherung und ggf. Übermittlung meiner Behandlungsdaten an zuweisende oder mitbehandelnde Ärzte einverstanden.