AUGENARZT
DR. DUNKER
& TEAM

- Kinderophthalmologie ab Geburt • Sehschule
- Katarakt-Chirurgie • Refraktive Chirurgie
- Glaukom-Diagnostik • Makulavorsorge
- Augendiagnostik-Zentrum • Kontaktlinsen

ANAMNESEBOGEN

Titel ..... Name ..... Vorname .....

Telefon ..... Mobil ..... Hausarzt .....

Augenfarbe ☐ blau ☐ braun ☐ grau ☐ grün

Bitte Zutreffendes ankreuzen

ja / nein

☐ ☐ Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche?: .....

☐ ☐ Leiden Sie unter Kopfschmerzen?: .....

☐ ☐ Haben Sie Unverträglichkeiten auf Medikamente oder Konservierungsstoffe?
Wenn ja, welche?: .....

☐ ☐ Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche?: .....

☐ ☐ Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel? (Vitamine)
Wenn ja, welche?: .....

☐ ☐ Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich?: .....

☐ ☐ Sind Sie Ex-Raucher? Wenn ja, seit wann (Monat/Jahr) .....

Haben / Hatten Sie folgende Erkrankungen?

ja / nein

☐ ☐ Herzinfarkt
☐ ☐ Schlaganfall
☐ ☐ Herzrhythmusstörungen
☐ ☐ Bluthochdruck
☐ ☐ niedriger Blutdruck
☐ ☐ Cholesterin (Blutfette) erhöht
☐ ☐ Nierenerkrankung
☐ ☐ Niereninsuffizienz
☐ ☐ Diabetes mell. Typ I

ja / nein

☐ ☐ Diabetes mell. Typ II
☐ ☐ Schilddrüsenüberfunktion
☐ ☐ Schilddrüsenunterfunktion
☐ ☐ Rheuma
☐ ☐ Asthma
☐ ☐ andere Lungenerkrankungen
☐ ☐ Krebserkrankung u./o. Chemotherapie
☐ ☐ HIV-Patient
☐ ☐ Hepatitis
☐ ☐ Epilepsie

☐ ☐ Glaukom
☐ ☐ Z. n. Netzhauterkrankung
☐ ☐ Schielen
☐ ☐ Z. n. Schiel-OP
☐ ☐ Z. n. Augenverletzung? Wenn ja, welche?:
☐ ☐ Wurden andere Augenoperationen bei Ihnen durchgeführt?
Wenn ja, welche?: .....
☐ ☐ Gibt es Augenerkrankungen in der Familie?
Wenn ja, welche?: .....
☐ ☐ Haben Sie als Kind eine Brille getragen?

☐ ☐ Z. n. Okklusionstherapie (Abkleben)
☐ ☐ Altersbedingte Makuladegeneration
☐ ☐ Z. n. Augeninjektion

AUGENARZT DR. DUNKER & TEAM
Meckenheimer Allee 81 | 53115 Bonn | **Fon** 0228 / 63 69 01 | **Fax** 0228 / 69 60 68
Mail info@augenarzt-bonn.de | **Web** www.augenarzt-bonn.de