



Augenarztpraxis
Dr. med. Simone Ernst-Burbach
Landgrafenstr. 31-35, 50931 Köln, Tel. 0221-1687730
www.augenpraxis-lindenthal.de

HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

ANAMNESEBOGEN

Bevor wir uns Ihren Augen widmen können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist uns wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientendaten

Nachname, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: Straße: _____
PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

Telefon Büro: _____

E-Mail Adr.: _____

Beruf: _____

Krankenversicherung: _____

Beihilfeberechtigt? ja [] nein []

Studentisch versichert? ja [] nein []

Rechnungsadresse, falls abweichend von oben:

Wir weisen darauf hin dass die Vergütung der Behandlungskosten durch die Erstattungsstellen möglicherweise nicht, oder nicht in vollem Umfang gewährleistet ist.

Hausarzt/Kinderarzt _____

Adresse _____

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? (ggf. bitte Name vermerken)

Grund Ihres Besuches Kontrolluntersuchung [] Beschwerden []

Nächste Seite →

Augenanamnese

Besteht/bestand schon einmal eine spezifische

Augenerkrankung bei Ihnen? ja [] nein []

Wenn JA, welche? _____

Erste Brille im Alter von _____ Keine Brille []

Ist das Sehvermögen auf einem Auge schlechter? ja [] nein []

Frühere Augenerkrankungen ja [] nein []

Frühere Augenverletzungen ja [] nein []

Frühere Augenoperationen ja [] nein []

Glaukom („Grüner Star“) ja [] nein []

Katarakt („Grauer Star“) ja [] nein []

Strabismus („Schiel leiden“) ja [] nein []

Wenn JA, welche? _____

Augenmedikamente: _____

Augenerkrankungen in der Familie: _____

Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Haben Sie aktuell, oder hatten Sie früher eine spezifische Erkrankung ?

ja [] nein []

Wenn JA, welche? _____

Allergien ja [] nein []

Diabetes ja [] nein []

Hypertonie (Hoher Blutdruck) ja [] nein []

Hypotonie (Niedriger Blutdruck) ja [] nein []

Herz-/Kreislaufkrankungen ja [] nein []

Herzschrittmacher / künstl. Herzklappen ja [] nein []

Lungenerkrankungen / Asthma ja [] nein []

Rheumatische Erkrankungen ja [] nein []

Schilddrüsenerkrankungen ja [] nein []

Magen-Darm-Erkrankungen ja [] nein []

Nierenerkrankungen ja [] nein []

Cortisontherapie ja [] nein []

Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Hepatitis, Herpes) ja [] nein []

Leiden Sie aktuell, oder haben Sie früher an einer anderen Erkrankung gelitten? ja [] nein []

Wenn JA welche: _____

Operationen: ja [] nein []

Wenn JA welche ? _____

Medikamente: ja [] nein []

Wenn JA welche? _____

Sonstiges: _____

Haben Sie Interesse an Erinnerung (Recall-System) zur regelmässigen Vorsorge bzw. Kontrolle?

ja [] nein []

Datum:

Unterschrift des Patienten /Erziehungsberechtigten: