

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

damit wir Ihre Untersuchung bestmöglich vorbereiten können, beantworten Sie uns bitte die nachfolgenden Fragen.

\_\_\_\_\_  
Nachname, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

**Sind bei Ihnen Augenerkrankungen bekannt?**

Rechtes Auge

Linkes Auge

Grüner Star

Grauer Star

Maculadegeneration

angeborene Schwachsichtigkeit

andere (Verletzungen etc.) \_\_\_\_\_

**Sind Sie schon an den Augen operiert worden?**

Rechtes Auge

Linkes Auge

Grüner Star

Grauer Star

Netzhautoperation

Laserbehandlung

Schieleroperation

Glaskörperinjektion bei Maculadegeneration

**Gibt es in Ihrer Familie Augenerkrankungen?**

ja

nein

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

**Nehmen Sie Augentropfen/Augensalbe ein?**

ja

nein

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

**Nehmen Sie sonstige Medikamente ein?**

ja

nein

Wenn ja folgende: \_\_\_\_\_

**Leiden Sie unter Allergien?**

ja

nein

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

**Sind bei Ihnen Allgemeinerkrankungen bekannt?**

Diabetes mellitus (Typ 1/ Typ 2?) \_\_\_\_  diätetisch  medikamentös  Insulinpflichtig

Bluthochdruck

Herzerkrankungen (welche?) \_\_\_\_\_

Nierenfunktionsstörung

Asthma

andere: (z.B. Hauterkrankungen / neurologische Erkrankungen z.B. Schlaganfall / Rheuma) \_\_\_\_\_

**Wurden Sie schon mal operiert?**

Stent-OP

Bypass-OP

Herzschrittmacher

andere: \_\_\_\_\_