

Anamnesebogen – Augenzentrum München Ost

(Dr. med. H. Herzum / Dr. med. M. Buhl / Dr. med. F. Pinter)

Wir weisen darauf hin, dass die Angaben auf dem Anamnesebogen freiwillig sind!

Patient
 Name Vorname Geburtsdatum
 Tel. (tagsüber) E-Mail.....
 Mobil Hausarzt
 Ggf. überweisender Augenarzt:

Augenanamnese

Tragen Sie eine Brille? ja / nein Wenn ja: Ferne Nähe Multifokal

Tragen Sie Kontaktlinsen? ja / nein Wenn ja: harte weiche

Cataract (grauer Star) bekannt? ja / nein Wer hat das diagnostiziert? Und wann?

.....

Glaukom bekannt? ja / nein Wenn ja: Welche Augentropfen nehmen Sie?

.....

Maculadegeneration (AMD) bekannt? ja / nein

Wenn ja: Bereits behandelt? ja / nein

Wenn ja: Wann, wo und mit welchem Medikament?

.....

Augenoperationen bisher? ja / nein Wenn ja: Welche, wann und wo war OP?

.....

Augenverletzungen? ja / nein Wenn ja, welche, wann und wo behandelt?

.....

Gibt es familiär Augenerkrankungen (Eltern/Geschwister)? ja / nein / nicht bekannt

Wenn ja, welche?

Allgemeine Anamnese

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung |
| <input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenunterfunktion | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Typ I <input type="checkbox"/> Typ II | <input type="checkbox"/> Teilnahme DMP
(Disease-Management-Programm) |
| <input type="checkbox"/> MRSA | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung Welche?..... | |

Sonstige Erkrankungen:

Allergien? ja / nein Welche? (ggf. Allergiepass vorlegen!)

.....

Blutverdünnung? ja / nein Welche?

Dauerhafte Medikamenteneinnahme? ja / nein Wenn ja, welche?

.....

.....

Schweigepflicht-Entbindung:

Mein oben genannter Hausarzt Dr.

oben genannter überweisender Augenarzt Dr.

darf hier erhobene Befunde übermittelt bekommen / bzw. erfragen.

Ich **entbinde das Augenzentrum München Ost gegenüber diesem Arzt/diesen Ärzten von der ärztlichen Schweigepflicht**. - Mir ist bekannt, dass diese Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit von mir widerrufen werden kann.

Ich wünsche ausdrücklich **keine** Befundübermittlung an andere Ärzte.