



## Patientenanamnesebogen

Nachname, Vorname: .....

Geb. Datum: ..... Telefonnr.: .....

Hausarzt: .....

**Für privat krankenversicherte Patienten(innen)/Selbstzahler(innen)** – bitte zusätzlich ausfüllen

Anschrift: ..... Steigerungssatz: .....

Hauptversicherte(r)/Rechnungsempfänger(in): .....

Geb. Datum Hauptversicherte(r)/Rechnungsempfänger(in): .....

Hinweis: bitte gültigen Personalausweis/Reisepass zum Termin mitbringen!

**Sind folgende Erkrankungen bei Ihnen bekannt?** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Haben Sie Diabetes mellitus? Ja  Nein

Wenn ja, bitte den Typ angeben: Typ1  Typ2

Ihr aktueller HbA1C – Wert: ..... %

Haben Sie Bluthochdruck (arterielle Hypertonie) Ja  Nein

Haben Sie Allergien? Ja  Nein

Wenn ja, bitte angeben, wogegen Sie allergisch sind .....

Nehmen Sie blutverdünnungshemmende Medikamente oder Cortison ein? Ja  Nein

Wenn ja, bitte angeben .....

Nehmen Sie Medikamente (dazu zählen auch Augentropfen) ein? Ja  Nein

Wenn ja, bitte angeben: .....

.....

Zutreffendes bitte unterstreichen oder ergänzen

Herzinfarkt, Schlaganfall, künstliche Herzklappe, Asthma, chronische Bronchitis, rheumatoide Arthritis

Sonstige Erkrankungen: .....

**Unterschrift Patient:** .....

Bitte auch die 2. Seite beachten und ausfüllen!



## Patientenanamnesebogen (Fortsetzung)

### Augenerkrankungen (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Sind in Ihrer Familie Augenerkrankungen bekannt? Ja  Nein

Wenn ja, bitte angeben: .....

Hatten Sie eine Augenverletzung? Ja  Nein

Wenn ja, bitte angeben: rechts  links

Hatten Sie als Kind bzw. Jugendliche / Jugendlicher an einem Auge immer bereits schlecht gesehen?

Ja  Nein

Wenn ja, bitte angeben: rechts  links

Hatten Sie als Kind bzw. Jugendliche / Jugendlicher geschleift? Ja  Nein

Wenn ja, bitte angeben: rechts  links

Wurden bei Ihnen bereits Augenoperationen, Laserbehandlungen oder  
Behandlung mit Spritzen durchgeführt? Ja  Nein

Wenn ja, bitte angeben: rechts  links

Wann? ..... Wo? .....

**Unterschrift Patient:** .....

### Einwilligungserklärung für Recall

Ich möchte in das Erinnerungssystem der Praxis aufgenommen werden, so dass ich von der Praxis an fällige Vorsorgeleistungen bzw. an wichtige Kontrolltermine erinnert werde. Die Erinnerung erfolgt telefonisch oder per Post. Mit dieser Erinnerung ist keine Verpflichtung verbunden, die mich an die Praxis bindet. Ich kann jederzeit diese Einverständniserklärung widerrufen. Die Erinnerung kann nur erfolgen, wenn der Termin im Praxissystem eingetragen ist.

Ja, ich möchte erinnert werden.

Nein, ich möchte nicht erinnert werden.

**Unterschrift Patient:** .....