

Anamnesebogen

Persönliche Angaben

Anrede

Geburtsdatum

Titel

Beruf

Vorname

Telefon

Nachname

E-Mail

Was ist der Grund des Besuches?

der Wunsch nach einer neuer Brille

die Überprüfung einer vorliegenden Verordnung

der Wunsch nach Kontaktlinsen

eine plötzliche Sehverschlechterung

nur die Überprüfung der Sehschärfe

Sehprobleme

Welche Sehhilfe haben sie derzeit?

Sehhilfe	Alter der Sehhilfe in Jahren	Art des Gebrauches			
		ständig	überwiegend	zweckbestimmt	kein Gebrauch
<input type="checkbox"/> Fernbrille	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Gleitsichtbrille	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Zwei- / Dreistärkenbrille	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Lesebrille	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> PC-Brille	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Sportbrille	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Sonnenbrille	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Kontaktlinsen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wie gut sehen Sie mit Ihrer aktuellen Sehhilfe?

Sehhilfe	Sehbereich	Einschätzung des Sehens			
		sehr gut	gut	mäßig	schlecht
<input type="checkbox"/> Brille	in der Ferne	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	in der Nähe	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Kontaktlinsen	in der Ferne	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	in der Nähe	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Welche Sehanforderung haben Sie und wie lange führen Sie sie aus?

PC Arbeit Zeit in Stunden:

Autofahren Zeit in Stunden:

Lesen Zeit in Stunden:

Hausarbeit / Hobby Zeit in Stunden:

Sonstige Zeit in Stunden:

Sind oder waren sie in augenärztlicher Behandlung?

Wann und bei wem war Ihr letzter Augenarztbesuch?

Datum:

Name des Arztes / der Ärztin:

Sind Sie derzeit in augenärztlicher Behandlung? ja nein

Hatten Sie eine Augenoperation? ja nein

Haben Sie früher (als Kind) geschielt? ja nein

Hatten Sie Verletzungen am Auge? ja nein

Welche der folgenden Beschwerden/Probleme haben sie aktuell?

Beschwerden/Probleme	Einschätzung der Beschwerden/Probleme			
	immer	häufig	selten	nicht bemerkt
unscharfes Sehen in der Ferne	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
unscharfes Sehen in der Nähe	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
tränenende Augen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
trockene Augen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
juckende Augen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
rote Augen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wahrnehmen von Blitzen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
schwarze Punkte / „Mücken“ fliegen durchs Bild	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lichtempfindlichkeit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Blendung	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sehprobleme in der Dämmerung / Nacht	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Doppelbilder	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wechsel von Ferne zu Nähe und / oder umgekehrt	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
schnelles Ermüden beim Lesen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kopfschmerzen bei Nah-/PC Arbeit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sonstiges:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Liegen vererbliche Erkrankungen in Ihrer Familie vor?

ja

welche?:

nein

Viele Krankheiten haben Einfluss auf die Augen. Deshalb einige Fragen zum allgemeinen Gesundheitszustand. Welche der folgenden Allgemein- oder Augenerkrankungen liegen bei Ihnen vor?

Diabetes (Zuckerkrankheit)

Hoher Blutdruck

Herz-Kreislauf-Erkrankung

Schilddrüsen-Erkrankung

Schlaganfall

Herpes

(Spannungs-) Kopfschmerz

Migräne

Rheuma

sonstiges

Nacken-/Schulterschmerzen

Multiple Sklerose

Diabetische Netzhauterkrankungen

Glaukom

Katarakt

Makuladegeneration

Retinopathia Pigmentosa

Gesichtsfeldausfälle

Allergie auf

keine

Nehmen Sie Medikamente?

nein

ja

Blutdrucksenkende Medikamente

Herzpräparate

Psychopharmaka

Hormonpräparate

Cortison

ASS, Aspirin, o.ä.

Nehmen Sie die Medikamente regelmäßig?

ja

nein

Antibiotika

Insulin

Pille

Beta-Blocker

Augendruck senkende Medikamente

sonstige

Vielen Dank!

Datum

Unterschrift

Hinweis zum Datenschutz: Die hier erhobenen Daten werden ausschließlich zur vollständigen Anamnese für eine Beratung durch einen Mitarbeiter von Janine Flor Augenoptik erhoben und gespeichert. Die Daten werden grundsätzlich nicht an Dritte weitergegeben. Eine weiterführende Datenschutzerklärung finden Sie im Impressum der Webpräsenz: www.janine-flor.de/impressum.html