

Name:
Geburtsdatum:.....
Datum:



Dr. Gruber
AUGENÄRZTIN - 1040 WIEN

Liebe Patientin! Lieber Patient!

Um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie folgende Fragen zu beantworten.
Selbstverständlich werden auch diese Angaben vertraulich behandelt.

Tragen Sie eine Brille?

- | | | | | | |
|------------------|--------------------------|----|------------------------|--------------------------|------|
| Fernbrille | <input type="checkbox"/> | ja | Alter der Brille | <input type="checkbox"/> | nein |
| Lesebrille | <input type="checkbox"/> | ja | Alter der Brille | <input type="checkbox"/> | nein |
| Gleitsichtbrille | <input type="checkbox"/> | ja | Alter der Brille | <input type="checkbox"/> | nein |
| Prismenbrille | <input type="checkbox"/> | ja | Alter der Brille | <input type="checkbox"/> | nein |

Tragen Sie Kontaktlinsen?

- formstabile Kontaktlinsen weiche Kontaktlinsen keine Kontaktlinsen

Ist bei Ihnen eine Augenerkrankung bekannt? ja nein

Wenn ja, welche?

Sehen Sie seit Kindheit/Jugend mit einem Auge trotz Brille schlechter?

- ja, rechtes Auge ja, linkes Auge nein

Ist bei Ihnen Schielen bekannt? ja nein

Wurden Sie deswegen behandelt? Wenn ja, wie?

Lag bei Ihnen eine Augenverletzung vor oder wurde eine Augenoperation durchgeführt?

Wenn ja, welche Verletzung/Operation, an welchem Auge und wann? ja nein

Wurden Ihre Augen gelasert? ja nein

Grund:

an welchem Auge, wann:

Wenden Sie regelmäßig Augentropfen, -salben oder -gele an? ja nein

Wenn ja, welche, wie oft und an welchem Auge?

Wann waren Sie das letzte Mal beim Augenarzt?

Welches Anliegen/Beschwerden führt/en Sie heute zu Ihrem Augenarzt?

Seit wann bestehen diese Beschwerden?
.....

Sind in Ihrer Familie (Blutsverwandtschaft) folgende Erkrankungen bekannt?

- | | | | | | |
|---------------------------|-----------------------------|-------------------------------|--------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Grüner Star | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Makuladegeneration | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | höhere Fehlsichtigkeiten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Netzhautlöcher, -ablösung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Schielen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Allgemeinerkrankungen

Ist bei Ihnen eine Allergie / Unverträglichkeit von Medikamenten bekannt? ja nein
Wenn ja, welche?

Sind Sie zuckerkrank? ja nein
Die Zuckerkrankheit wird behandelt mit: Tabletten Insulin
Der letzte Langzeitzuckerwert (HbA1c) betrug:

Ist bei Ihnen Bluthochdruck bekannt? ja nein

Ist bei Ihnen niedriger Blutdruck bekannt? ja nein

Ist bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung bekannt? ja nein

Ist bei Ihnen Heuschnupfen oder Asthma bekannt? ja nein

Ist bei Ihnen eine rheumatische oder infektiöse Erkrankung bekannt? ja nein

Ist bei Ihnen Schuppenflechte/Neurodermitis/Rosacea o. ä. bekannt? ja nein

Hatten Sie einen Schlaganfall? ja nein

Sind bei Ihnen Herzrhythmusstörungen bekannt? ja nein

andere Allgemeinerkrankungen/Operationen:
.....
.....
.....

Rauchen Sie? ja nein

Sind Sie schwanger oder stillen Sie? ja nein

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?
.....
.....
.....

Welchen Beruf üben Sie aus?

Arbeiten Sie mehrere Stunden täglich am Computer? ja nein

Wie sind Sie auf unsere Ordination aufmerksam geworden?

Anmerkungen / weitere Details:

.....
.....
.....
.....

Wir reservieren Ihren Termin exklusiv für Sie. Sollte es Ihnen nicht möglich sein den vereinbarten Termin einzuhalten, bitten wir Sie den Termin spätestens einen Werktag vorher abzusagen. Anderenfalls müssen wir das Honorar für den bereitgestellten Termin verrechnen.

Datum Unterschrift: