

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_ **Geb.:** \_\_\_\_\_

**Zusatzversicherung:** Für stationären Aufenthalt:  JA, welche: \_\_\_\_\_  NEIN

**Behandelnder Augenarzt:** \_\_\_\_\_ **Hausarzt / Internist:** \_\_\_\_\_

**COVID 19 - Status :**  vollständig geimpft  genesen  unbekannt

**Allergien / Unverträglichkeiten:**  Jod  Latex  Soja  Penicillin  Pflaster  Konservierungsmittel  
 Sonstige: \_\_\_\_\_

**Blutverdünner:**  ASS  Marcumar/Phenprocoumarin  Plavix  Pradaxa  Eliquis  
 Sonstige: \_\_\_\_\_  NEIN

**Infektionserkrankungen:**  Hepatitis A  Hepatitis B  Hepatitis C  HIV  MRSA  
 Sonstige: \_\_\_\_\_  NEIN

## Anamnese: Augen

**Verwenden Sie regelmäßig Augentropfen / Augensalbe?**

**JA, welche und wie oft:  Rechts Auge:** \_\_\_\_\_  NEIN

**JA, welche und wie oft:  Linkes Auge:** \_\_\_\_\_  NEIN

**Augenoperation / Laserbehandlung  JA, welche:** \_\_\_\_\_  NEIN

**Ist bei Ihnen erhöhter Augeninnendruck (Grüner Star / Glaukom) bekannt?**  JA  NEIN

**Haben Sie als Kind mit beiden Augen gleich gut gesehen?**  JA  NEIN

**Haben Sie geschielt?**  JA, welches Auge:  Rechts  Links  Beidseits  NEIN

## Anamnese: Allgemeine Erkrankungen

**Asthma**  JA, seit wann: \_\_\_\_\_ **Medikamente:** \_\_\_\_\_  NEIN

**Bluthochdruck**  JA **Medikamente:** \_\_\_\_\_  NEIN

**Diabetische Erkrankung (Zuckererkrankung)**  JA, Typ: \_\_\_\_\_ **Medikamente:** \_\_\_\_\_  NEIN  
seit wann: \_\_\_\_\_  Diät  Insulin

**Herzinfarkt**  JA, wann: \_\_\_\_\_  NEIN

**Rheumatische Erkrankung**  JA, seit wann: \_\_\_\_\_ **Medikamente:** \_\_\_\_\_  NEIN

**Prostataerkrankung**  JA, seit wann: \_\_\_\_\_ **Medikamente:** \_\_\_\_\_  NEIN  
 Tamsulosin

**Schlaganfall**  JA, wann: \_\_\_\_\_  NEIN

**Sonstige Erkrankungen**  JA, welche: \_\_\_\_\_  NEIN

**Sonstige Medikamente**  JA, welche: \_\_\_\_\_  NEIN

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift Patient\*in:** \_\_\_\_\_