

Dres. med. Wehner, Meyer-Rößler	1. Patientenversorgung 1.2. Untersuchung und Diagnostik	Freigabe auf Seite: 9	Seite: 7 von 8
Ernst-Bode-Str. 17 27432 Bremervörde	1.2.1 Anamnese	Check:	Version:

## ANAMNESEBOGEN für Erwachsene

Datum: \_\_\_\_\_

Name des Patienten/in: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Familienanamnese:

1. Gibt es Augenerkrankungen in der Familie?       ja /  nein /  nicht bekannt

Welche: \_\_\_\_\_

2. Gibt es Brillenträger in der Familie?       ja /  nein /  nicht bekannt

- Kurzsichtigkeit       Weitsichtigkeit       Hornhautverkrümmung  
 unterschiedliche Brillenwerte zwischen rechtem und linkem Auge

### Eigenanamnese:

1. Waren Sie als Kind in augenärztlicher Behandlung?     ja     nein  
wenn ja:       es wurde eine Brille verordnet

Ab welchem Lebensjahr? \_\_\_\_\_

- es wurde eine Schielbehandlung durchgeführt  
 Ich bin Schieloperiert worden

2. Sind Sie Brillenträger?       ja     nein

- wenn ja:     Ich trage eine Lesebrille  
 Ich trage eine Fernbrille  
 Ich trage eine Bifokalbrille/Gleitsichtbrille  
 in meine Brille wurden Prismen eingearbeitet

3. Traten bisher Allgemeinkrankheiten oder Unfälle auf?     ja     nein

wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

4. Nehmen Sie Medikamente?       ja     nein

wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

5. Welche Beschwerden haben Sie mit den Augen?

- Augenschmerzen  
 Sehbeschwerden in der Ferne  
 Doppelbilder     ja     nein

wenn ja:       vertikal  
 horizontal

Dres. med. Wehner, Meyer-Rößler	1. Patientenversorgung 1.2. Untersuchung und Diagnostik	Freigabe auf Seite: 9	Seite: 8 von 8
Ernst-Bode-Str. 17 27432 Bremervörde	1.2.1 Anamnese	Check:	Version:

- schräg versetzt
- im Fernbereich
- im Nahbereich
- beide Distanzen
- verschwommen sehen im Nahbereich
- Tränen der Augen
- Tanzen der Buchstaben
- Kopfschmerzen nach angestrenzter Tätigkeit mit den Augen
- Schwindel
- Schielen       ja       nein
- wenn ja:       innen
- außen
- Höhenschielen

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

erstellt: 17.09.2007	geprüft:	freigegeben:
Datum/Unterschrift	Datum/Unterschrift	Datum/Unterschrift