



Tel.-Nr. Patient:

Name Hausarzt

Name Augenarzt:

Aktuelle Beschwerden: _____

Wurden bei Ihnen bereits Augenoperationen durchgeführt? ja nein

Wenn ja, welche, wann und wo:

Welche Allgemeinerkrankungen (z.B. Diabetes, Bluthochdruck, Schilddrüsenerkrankung, Allergien etc....) bestehen bei Ihnen und seit wann:

Diabetes mellitus ja nein Langzeitzuckerwert HbA1c %

Bluthochdruck ja nein

Schilddrüsenerkrankung ja nein

Allergien ja nein Welche?

Sonstige Erkrankungen ?

Operationen?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Name mit Dosierung	morgens	mittags	abends
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Seit dem wievielten Lebensjahr haben Sie eine Brille?

Datum: _____ Unterschrift Patient: _____