



Anamnesebogen

Allgemeine Daten:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ/ Ort _____

Telefonnummer Festnetz: _____

Mobil: _____

Geschäftlich: _____

E-Mail Adresse: _____

Hausarzt/Kinderarzt: _____

Beruf: _____

Nur für Privatpatienten

Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert? _____

In welchem **Tarif** sind sie versichert? Zutreffendes bitte ankreuzen:

Normaltarif oder Herabgesetzter Tarif

*Nur bei **Kinder unter 18 Jahre** bitte **Hauptversicherter** angeben:*

vollständiger Name & Anschrift: _____

Augenanamnese:

Brille: Nein Ja wenn ja, seit wann? _____

Augen-Medikamente: _____

Augen-Operationen: _____

Augenerkrankungen: _____

Familiäre Vorbelastungen: _____

Allgemeine Anamnese:

zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen:

Diabetes mellitus: Nein Ja wenn Ja → Typ 1: oder Typ 2

wenn ja welche Medikamente: _____

Bluthochdruck: Nein Ja Medikamente: _____

Schilddrüsen Störung Nein Ja Medikamente: _____

Allergien: Nein Ja Wenn ja, welche: _____

Kopfschmerzen: Nein Ja

Raucher: Nein Ja

Schwanger: Nein Ja

Blutverdünner: _____

Andere Erkrankungen: _____

Medikamente (ggf. Plan vorlegen): _____

Bei Kinder: Name der Erziehungsberechtigten

Mutter: _____ Vater: _____

Datum

Unterschrift