



Name, Vorname: _____

Welche Augenprobleme haben Sie ?

Wann und bei welchem Augenarzt waren Sie zuletzt ?

Welche Augentropfen nehmen Sie ?

Wann / welche Operationen hatten Sie **am Auge** ?

Wann / welche Operationen hatten Sie sonst ?

Allgemeinerkrankungen:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Blutdruck | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Zucker (Diabetes) |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüse | <input type="checkbox"/> Langzeitzucker HbA1c ____ |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörungen |

Andere Erkrankungen:

Medikamente:

Allergien:

Name Ihres Hausarztes: _____

Wie sind Sie auf uns gekommen?

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Google | <input type="checkbox"/> Jameda |
| <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Telefonbuch |
| <input type="checkbox"/> Familie / Freunde | <input type="checkbox"/> Anderes |