

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"/> Gerinnungsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Zucker (Diabetes) | <input type="checkbox"/> Schilddrüse |
| <input type="checkbox"/> Asthma | Langzeitzucker HbA1c _____ | |

Andere Erkrankungen:

Medikamente:

Allergien:

Name Ihrer hausärztlichen Praxis: _____

Wie sind Sie auf uns gekommen?

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