



Dr. med. Stephan Kehrein

— AUGENARZTPRAXIS | AMBULANTE OPERATIONEN —

*individuell
& persönlich*

Anamnesebogen (Krankengeschichte) - bitte auch Rückseite beachten!

Patientenname: _____ Telefonnummer: _____

Welche Beschwerden? _____

Ist bei Ihnen ein Glaukom („grüner Star“) bekannt? () Ja () Nein

Wenn ja, Angaben auf Rückseite beachten!

Haben Sie in der Kindheit geschielt? () Ja () Nein

Sieht ein Auge von Kindheit an schlechter als das andere? () Ja () Nein

Wenn ja, welches Auge? () rechts () links

Tragen Sie Kontaktlinse? () Ja () Nein

Nehmen Sie regelmäßig Augentropfen? () Ja () Nein

Wenn ja, welche? _____

Hatten Sie schon Operationen an den Augen? () Ja () Nein

Wenn ja, welche? _____

ALLGEMEIN:

Wie ist der Name Ihres Hausarztes? _____ Ort: _____

Besteht bei Ihnen:

Diabetes mellitus () Ja () Nein Asthma bronchiale () Ja () Nein

Bluthochdruck () Ja () Nein Schilddrüsenerkrankung () Ja () Nein

Herz-Krankheiten () Ja () Nein Nierenerkrankung () Ja () Nein

Schlaganfall () Ja () Nein Rheuma () Ja () Nein

Welche Operationen wurden bisher bei Ihnen durchgeführt? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente zur Blutverdünnung? () Ja () Nein

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie sonstige Medikamente () Ja () Nein

Wenn ja, welche? (ggf. Rückseite nutzen) _____

Sind Allergien bekannt (insbesondere Medikamentenallergie) () Ja () Nein

Wenn ja, welche? _____

Besteht oder bestand jemals eine Hepatitis (Gelbsucht)? () Ja () Nein

Besteht eine andere infektiöse Erkrankung? () Ja () Nein

Rauchen Sie? () Ja () Nein

Sind Sie damit einverstanden, dass wir ohne Einholung einer erneuten Einverständnis zuweisenden Ärzten im Kontext von Überweisungen oder Ihrem oben benannten Hausarzt medizinische Befunde schriftlich oder mündlich mitteilen? () Ja () Nein
(Hinweis: Mitteilungen erfolgen nur bei Anfrage oder bei vorliegender Überweisung!)

Kriftel, den _____
Unterschrift Patient

Gibt es explizit Ärzte oder Institutionen, die Sie grundsätzlich von einer möglichen Übermittlung von medizinischen Befunden ausgeschlossen wissen wollen (Sperrvermerk)? () Ja () Nein

Wenn ja, bitte genau benennen: _____

Datenschutzhinweis

Ihr Datenschutz ist uns seit jeher wichtig. Sofern Sie Einsicht in unser Datenschutzhinfolationsblatt erhalten möchten, können Sie dies jederzeit an unserer Anmeldung in schriftlicher Form erhalten.

Ich möchte ein Datenschutzhinfolationsblatt erhalten? () Ja () Nein

Kriftel, den _____
Unterschrift Patient

Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)

Meine Gesundheit ist mir wichtig. Bitte informieren Sie mich über mögliche diagnostische oder therapeutische Optionen, auch wenn diese keine Leistung der gesetzlichen Krankenkasse sind.

() Ja () Nein

Ergänzungen Ihrerseits:

Angaben zum Glaukom sofern vorhanden:

Ihr Glaukom ist bekannt seit: _____

Höchster je gemessener Augeninnendruck: RA: _____ LA: _____

Aktuelle Therapie RA: _____ Menge pro Tag: _____
_____ Menge pro Tag: _____
_____ Menge pro Tag: _____

LA: _____ Menge pro Tag: _____
_____ Menge pro Tag: _____
_____ Menge pro Tag: _____