

Telefon-/Mobilnummer: _____

Email: _____

Beschwerden: _____ **Rechts** **Links**

Ist bei Ihnen ein Glaukom („grüner Star“) bekannt? Ja Nein
Haben Sie in der Kindheit geschielte? Ja Nein
Sieht ein Auge von Kindheit an schlechter als das andere? Ja Nein
Wenn ja, welches? Rechts Links
Tragen Sie Kontaktlinsen? Ja Nein
Nehmen Sie regelmäßig Augentropfen? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
Hatten Sie schon Operationen an den Augen? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____ Rechts Links

Name Ihres **Hausarztes:** _____ **Ort:** _____

Besteht bei Ihnen:

Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Herz-Krankheiten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Rheuma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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. Liste einreichen) _____

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