

**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  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. 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