

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