
Persönliche Daten:

Nachname:	Hausarzt:
Vorname:	Ort:
Geburtsdatum:	
Tel. Festnetz:	Haus-Augenarzt:
Tel. Handy:	Ort:
E-Mail:	

Augenerkrankungen/ Vorgeschichte (bitte Antwort ankreuzen)

Augenerkrankungen:

- ☐ Glaukom (Grüner Star)
- ☐ Cataract (Grauer Star)
- ☐ Netzhauterkrankungen
- ☐ Altersbedingte Makuladegeneration (AMD)
- ☐ Schielen
- ☐ Angeborene Einäugigkeit
- ☐ Trockenes Auge (Sicca-Syndrom)
- ☐ Brillenträger
- ☐ Kontaktlinsenträger

Augentropfen?

Welche?

Bisherige Behandlungen an den Augen:

Augenoperationen:

Welche OP / Wo? (Operateur)/ Wann?

Augenlaser:

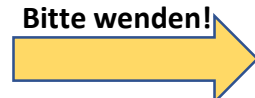
Welcher Laser/ Wo? (Operateur)/ Wann?

LASIK:

Wo? (Operateur)/ Wann?

Augenerkrankung in der Familie?

Bitte wenden!



Allgemeine Erkrankungen:

Grunderkrankungen:

- Diabetes mellitus
- Bluthochdruck
- Schilddrüsenerkrankung
- Rheuma
- Schlaganfall
- Herzinfarkt
- Andere Erkrankungen:

○ Allergien?

Medikamente:

-> sollte Ihnen eine Medikamentenplan
vorliegen, geben Sie diesen gerne an der
Anmeldung ab!

Datum

Unterschrift