

Sehr geehrte Damen und Herren,

ID: _____

Es ist für uns sehr wichtig, über Ihren Gesundheitszustand informiert zu sein. Natürlich behandeln wir diese Informationen streng vertraulich. Bitte nehmen Sie sich für die folgenden Fragen ein wenig Zeit und kreuzen Sie Zutreffendes an. Vielen Dank!

Ihre persönlichen Daten

Nachname: _____

Vorname: _____

Straße / Hausnummer: _____

Postleitzahl / Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon Festnetz: _____

Telefon Mobil: _____

E-Mail- Adresse: _____

Arbeiten Sie regelmäßig am Computer?

☐ Ja☐ Nein

Fahren Sie selbst Auto?

☐ Ja☐ Nein

Rauchen Sie?

☐ Ja☐ Nein

Beruf (für einige Berufsgruppen gelten besondere Voraussetzungen): _____

Hobbys (z.B. Sportarten mit besonderen körperlichen Voraussetzungen): _____

Reagieren Sie allergisch auf Medikamente / Nahrung / Sonstiges? _____

Was motiviert Sie zu einem Leben ohne Brille und Kontaktlinsen? _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Ihre derzeitige Korrektur

Ich trage:

☐ Brille und/oder ☐ Lesebrille und/oder ☐ Kontaktlinsen

Kontaktlinsentyp: _____

Wie viele Jahre tragen Sie bereits Kontaktlinsen? _____

Wann haben Sie Ihre Kontaktlinsen zum letzten Mal getragen? am: _____

Korrekturwerte der Brille / Kontaktlinsen:

R sph _____ cyl _____ Achse _____ Add _____

L sph _____ cyl _____ Achse _____ Add _____

Datum des Brillen-/ Kontaktlinsenpasses: _____

Wann wurden Ihre Augen zuletzt von einem Arzt untersucht? Vor: _____ Jahren / Monaten

Hatten Sie jemals eine Augeninfektion oder einen das Auge betreffenden Virus? ☐ Ja ☐ Nein**Ihr Sehvermögen und Ihr Wohlbefinden****Haben Sie aufgrund Ihres Sehvermögens Schwierigkeiten, im Dunkeln Auto zu fahren (mit Brille/Kontaktlinsen)?**☐ Nein, überhaupt keine.☐ Ja, manchmal.☐ Ja, immer.**Haben Sie Schwierigkeiten, Kleingedrucktes zu lesen (mit Brille/Kontaktlinsen)?**☐ Nein, überhaupt keine.☐ Ja, manchmal.☐ Ja, immer.**Haben Sie nachts Schwierigkeiten wegen Lichtreflexen oder Lichtschleiern um Lichtquellen (mit Brille/ Kontaktlinsen)?**☐ Nein, überhaupt keine.☐ Ja, manchmal.☐ Ja, immer.**Bitte schätzen Sie Ihre Blendempfindlichkeit ein. Entscheiden Sie anhand der Bewertungsskala.**

„0“ = nicht blendempfindlich und „5“ = stark blendempfindlich:

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5**Empfinden Sie Ihre Augen als trocken?**☐ Nein, nie.☐ Ja, manchmal.☐ Ja, immer.

Benutzen Sie Befeuchtungs- oder Augentropfen? Falls ja, welche und wie oft: _____

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen an Ihren Augen?

- | | |
|--|---|
| ☐ Grauer Star / Katarakt | ☐ Doppelbilder |
| ☐ Trockene Augen | ☐ Grüner Star / Glaukom |
| ☐ Herpes Simplex | ☐ Gürtelrose / Herpes Zoster |
| ☐ Iritis | ☐ Keratokonus → ☐ Diagnose in der Familie |
| ☐ Schwachsichtigkeit / Amblyopie | ☐ Makuladegeneration |
| ☐ Erhöhter Augeninnendruck / Okuläre Hypertension | ☐ Entzündung des Sehnervs / Neuritis |
| ☐ Netzhauterkrankungen | ☐ Rezidivierende Hornhauterosion |
| ☐ Schielen / Schieloperationen / Prismen | |

Sind Ihnen andere Augenerkrankungen in Ihrer Familie bekannt? Falls ja, welche: _____

Sind bei Ihnen weitere Augenerkrankungen oder Verletzungen bekannt oder wurden andere Augenoperationen durchgeführt?

Falls ja, welche: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Falls ja, welche: _____

Nehmen Sie folgende Medikamente ein?

- | | |
|---|--|
| ☐ Accutane (Isotretinoin, Roaccutan) | ☐ Methotrexat |
| ☐ Amiodarone (Cordarex®, Cordarone®) | ☐ Tamoxifen (Nolvadex®, Istubal® oder Valodex®) |
| ☐ Immunsuppressiva | ☐ Sumatriptan (Imigran®) |

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

- | | |
|---|--|
| ☐ Asthma | ☐ Krebs / Neoplasien |
| ☐ Hoher Blutzucker / Diabetes → ☐ Ich verwende Insulin. | ☐ Darmerkrankungen (Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa) |
| ☐ Epilepsie | ☐ Infektionserkrankungen (HIV, AIDS, Hepatitis) |
| ☐ Rheumatoide Arthritis / Lupus | ☐ Morbus Basedow |
| ☐ Schilddrüsenüber- oder -unterfunktion | ☐ Störung der Narbenbildung / Leichte Narbenbildung |
| ☐ Herzprobleme | ☐ Hauterkrankungen (Neurodermitis, Akne, Rosacea) |
| ☐ Bluthochdruck | ☐ Wundheilungsstörungen |
| ☐ Tropenerkrankungen | ☐ Blutgerinnungsstörungen |
| ☐ Klaustrophobie | |

Sind Sie wegen psychiatrischer Beschwerden oder Depressionen in Behandlung? Falls ja, welche: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- | | |
|---|--|
| ☐ Ich habe einen Herzschrittmacher. | ☐ Ich habe mich einer Hormontherapie unterzogen. |
| ☐ Ich bin schwanger. | ☐ Ich habe in den letzten drei Monaten entbunden. |
| ☐ Ich stille zurzeit / ich habe in den letzten 3 Monaten gestillt. | |
| ☐ Ich habe zurzeit offene Wunden. | |

Leiden Sie unter anderen gesundheitlichen Problemen? Falls ja, welche: _____

Falls Sie Fragen zu diesem Bogen haben, wenden Sie sich bitte an uns.

Bitte unterschreiben Sie diesen Gesundheitsfragebogen, um so die Richtigkeit Ihrer Angaben zu bestätigen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten