

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Telefonnummer / -mobil _____

Hausarzt _____

Aktuelle Beschwerden _____

	ja	nein
Tragen Sie Brille oder Kontaktlinsen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brillen / KL: welche, Alter	_____	
Hatten Sie Augen-Operationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
welche:	_____	
Hatten Sie eine Verletzung am Auge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Augentropfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
welche:	_____	
Gibt es in Ihrer Familie Augenerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
welche:	_____	
Sind sie zuckerkrank?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
seit wann, welche Therapie?	_____	
Haben Sie Bluthochdruck oder chronische Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
seit wann, welche Therapie?	_____	
Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
welche:	_____	
Bestehen Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
welche:	_____	

