

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Telefonnummer / -mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_

Aktuelle Beschwerden, seit wann \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hatten Sie Augen-Operationen? ja  nein

Welche, wann: \_\_\_\_\_

Hatten Sie Verletzungen der Augen? \_\_\_\_\_ ja  nein

Nehmen Sie Augentropfen, welche? \_\_\_\_\_ ja  nein

Tragen Sie Brille oder Kontaktlinsen? \_\_\_\_\_ ja  nein

Gibt es in Ihrer Familie Augenerkrankungen? \_\_\_\_\_ ja  nein

Sind sie zuckerkrank, seit wann? \_\_\_\_\_ ja  nein

Haben bzw. behandeln Sie Bluthochdruck? ja  nein

... oder andere chronische Erkrankungen? \_\_\_\_\_ ja  nein

Nehmen Sie Medikamente ein? \_\_\_\_\_ ja  nein

Bestehen Allergien, ggf. welche? \_\_\_\_\_ ja  nein

Wann war Ihr letzter Augenarztbesuch, Anlaß? \_\_\_\_\_



Praxis Dres. med. P. Buschendorff & M. Kröning

[www.augenarzt-lampertheim.de](http://www.augenarzt-lampertheim.de)

Kaiserstr. 38, 68623 Lampertheim, Tel. 06206-951524