

ANAMNESE CHECKLISTE BITTE BEIDE SEITEN GRÜNDLICH AUSFÜLLEN !

Frage	ja	nein	Welche und seit wann?
Haben Sie akute Beschwerden? / Grund der heutigen Untersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie eine oder mehrere der folgenden Beschwerden (Bitte markieren): akute oder langsame Sehverschlechterung in der Ferne, Sehverschlechterung in der Nähe, Schleiersehen, beweglicher grauer Punkt oder Schlieren, Lichtblitze, Schattensehen, rotes Auge, verklebtes Auge mit eitrigem Sekret, tränendes Auge, Jucken, Fremdkörpergefühl, brennen, geschwollenes Lid, schmerzhafte Schwellung am Lid, Doppelbilder, Sehen Sie die Linien wellig oder verzerrt?,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Insulinpflichtiger Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hba1c- Wert =	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bluthochdruck-Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzrhythmusstörungen / Herzklappenerkrankung/ Herzkranzgefäßkrakung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Asthma / chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erkrankung des Stütz- und Bewegungsapparates	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erkrankung des Nervensystems (Schlaganfall, Lähmung, Migräne, Kopfschmerzen, Schwindel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leber- / Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Heuschnupfen /Allergien/ Unverträglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Besitzen Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Besitzen Sie einen Brillenpass/ Brillenwerte (Optiker Rechnung) Bitte zum einscannen bereithalten. Wann war die letzte Brillenverordnung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Medikamente (z.B. Blutverdünnender / β -Blocker/ Cortison)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tragen Sie eine Brille (Fernbrille / Nahbrille / Mehrstärkenbrille)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tragen Sie Kontaktlinsen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

