



Anamnesebogen

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum:
Telefonnummer:
Vollständiger Impfschutz gegen COVID-19

Hausarzt:
Beruf:
Führerschein: ja nein
 ja nein

Leiden Sie an hohem Blutdruck (Arterielle Hypertonie)? ja nein
Wenn ja, seit wann? _____ letzter RR Wert? _____

Hatten Sie einen Herzinfarkt? Wenn ja, wann? _____ ja nein

Hatten Sie einen Schlaganfall? Wenn ja, wann? _____ ja nein

Sind Sie Diabetiker? ja nein
Wenn ja, seit wann? _____ letzter HbA1c? _____%
 Tabletten Insulinpflichtig Diät (zutreffendes bitte ankreuzen)

Leiden Sie an Rheuma? ja nein

Leiden Sie an einer Schilddrüsenerkrankung? ja nein

Bestehen Allergien gegen Medikamente oder deren Inhaltsstoffe?
Wenn ja, gegen welche? ja nein

Haben Sie Hepatitis, HIV oder andere ansteckende Erkrankungen? ja nein
Wenn ja, welche? _____

Leiden Sie an anderen wichtigen Erkrankungen? ja nein
Wenn ja, welche? _____

Welche Medikamente und/oder Augentropfen nehmen Sie aktuell ein? keine

Leiden Sie an Glaukom (Grünen Star)? ja nein
Oder andere Augenerkrankungen? ja nein
Wenn ja, an welchen? _____

Wurden Sie am Auge schon einmal operiert? ja nein
Wenn ja, wann und was wurde operiert? _____

Datum: _____ Unterschrift: _____