



**Augenzentrum Hochrhein**  
Partnerschaft  
Bad Säckingen – Rheinfelden – Schopfheim

Dr. med. P. Großkopf • Dr. med. U. Großkopf • Dr. med. E. Papadopoulos • Dr. med. G. Papadopoulos  
Dr. med M. Schrenk • Fachärztin I. Wörner

## ANAMNESEBOGEN

**Name, Vorname:**

**Geburtsdatum:**

**Straße, Haus-Nr.:**

**PLZ, Wohnort:**

**Telefon:**

**Krankenversicherung:**

**Letzter Augenarztbesuch:**

**Hausarzt:**

**1. Besuchsgrund**

**2. Allergien**

Nein

Ja

Wenn ja, welche:

**3 Diabetes (Zuckerkrankheit):**

Nein

Ja, Typ 2

Ja, Typ 1

Wenn ja, seit wann:

Behandelt mit:

Diät

Tabletten

Insulin

Aktueller HbA1c-Wert  
(Langzeitwert);

von wann:

**4. Bluthochdruck:**

Nein

Wenn ja, seit wann:

**5. Andere Erkrankungen:**

**6. Medikamente:**



## Augenzentrum Hochrhein

Partnerschaft

Bad Säckingen – Rheinfelden – Schopfheim

Dr. med. P. Großkopf • Dr. med. U. Großkopf • Dr. med. E. Papadopoulos • Dr. med. G. Papadopoulos  
Dr. med M. Schrenk • Fachärztin I. Wörner

### 7. Augentropfen:

### 8. Augenerkrankungen

Augenerkrankungen in der Familie:  Nein  Ja

Wenn ja, welche:

Verletzungen des Auges:  Nein  Ja

Wenn ja, welche:

Haben Sie als Kind geschielt:  Nein  Ja

Haben Sie als Kind mit beiden

Augen immer gleich gut gesehen:  Beide gleich gut  rechts besser  links besser

Tragen Sie eine Sehhilfe:  Nein  Ja

Wenn ja, welche:  Fernbrille  Lesebrille  Gleitsichtbrille

von wann:

### 9. Augenoperationen:

Nein  Ja, welche:

Rechtes Auge:

Linkes Auge:

### 10. Spritzenbehandlung am Auge (IVOM):

Nein  Ja, wegen:

rechtes Auge  linkes Auge  beide Augen

Wenn ja, wann war die letzte IVOM:

**Ich bin mit der Speicherung dieses Formulars auf elektronische Medien einverstanden.**

Ort, Datum:

Unterschrift Patient: