

**Department für Kopf- und Zahnmedizin
Klinik und Poliklinik für Augenheilkunde**

Direktor: Professor Dr. med. Focke Ziemssen
 Liebigstr. 10-14, 04103 Leipzig

Patientenaufkleber

**Sehr geehrter Patientin, sehr geehrter Patient,
wir bitten Sie um die Beantwortung der folgenden Fragen zu Ihrer Gesundheit.**

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
Wenn ja, welche und in welcher Dosierung?**

Nein, keine

Leiden Sie an einer der im Folgenden genannten Erkrankungen?

	nein	ja	
Diabetes („Zuckerkrankheit“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	seit wann?
Behandlung mit Insulin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	seit wann?
Hypertonie („hoher Blutdruck“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutdruckwerte zuletzt: /
Rheumatische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche?
Schilddrüsen-Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche?
Tumor-Erkrankung/en	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche?
Asthma, Lungen-Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche?
Herz-Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche?
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche?
Magen/Darmerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche?
Neurologische Erkrankung (z.B. Schlaganfall)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche?
Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Hepatitis, Geschlechtskrankheiten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche?
Leiden Sie an einer Allergie z.B. gegen Jod oder Penicillin? (ggf. Allergiepass bereithalten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche?

	nein	ja	
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Was und wie viel pro Tag?
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie viel?



Nun folgen Fragen zu Ihren Augen:

	nein	ja
Hat ein Auge schon früher schlechter gesehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> rechtes Auge immer schlechter <input type="checkbox"/> linkes Auge immer schlechter
Lag oder liegt bei Ihnen ein Schielen vor? Wenn ja, auf welcher Seite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> rechtes Auge <input type="checkbox"/> linkes Auge
Wann haben Sie Ihre erste Brille für die Ferne bekommen?		
Wann haben Sie Ihre erste Brille für die Nähe bekommen bzw. eine kombinierte Brille / Gleitsichtbrille?		
Gab es Operationen oder Laserbehandlungen der Augen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja Wann, welche Art der Operation, welches Auge, in welcher Einrichtung?
Haben Sie jemals eine Augenverletzung erlitten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja
Sind in der Familie (Eltern, Geschwister) Augenkrankungen bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Glaukom /Augendruck <input type="checkbox"/> Schielen <input type="checkbox"/> Makuladegeneration <input type="checkbox"/> Operationen <input type="checkbox"/> schlechtes Sehen anderer Ursache:
Ist bei Ihnen ein Glaukom festgestellt oder hoher Augendruck gemessen worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja, seit..... höchster gemessener Augendruck:
Sind bei Ihnen weitere Augenerkrankungen bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Entzündungen <input type="checkbox"/> andere:.....
Verabreichen Sie regelmäßig Augentropfen oder Augensalben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja. Bitte Name und Häufigkeit der Anwendung angeben:
Was sind Ihre derzeitigen Beschwerden?		

Vielen Dank! Wir werden Ihre Angaben prüfen und weiter besprechen.

Datum:

Version 2 vom 2.6.2024

Arzt: