



Sonstige Erkrankungen ja nein

welche? _____

Allergien ja nein

welche? _____

Leiden Sie unter Platzangst? ja nein

➤ Für Männer

Nehmen Sie Tamsulosin? ja nein

➤ Für Frauen

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Woche? _____



Falkertstraße 50, 70176 Stuttgart
0711 / 6692-0

Terminvereinbarung
0711 / 6692-100

Fax 0711 / 6692-159
info@charlottenklinik.de
www.charlottenklinik.de



MVZ Rosenbergstraße
Rosenbergstraße 19-21, 70176 Stuttgart
0711 / 6692-180
terminanfrage@charlottenklinik.de

MVZ Falkertstraße
Falkertstraße 50, 70176 Stuttgart
0711 / 66 92-100
terminanfrage@charlottenklinik.de

**MVZ Falkertstraße,
Zweigstelle Gerlingen**
Hauptstraße 33, 70839 Gerlingen
07156 / 929592
mvzgerlingen@charlottenklinik.de



Anamnesebogen



>> Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie haben sich an uns gewandt / Ihr Augenarzt hat Sie zur weiteren Untersuchung und Behandlung an uns überwiesen. Zur optimalen Vorbereitung auf Ihre Behandlung bitten wir Sie, uns die folgenden Fragen zu beantworten.

Ihre Daten und Angaben behandeln wir streng vertraulich. Sie dienen uns ausschließlich als Grundlage für Ihre individuelle Behandlung. Bitte bringen Sie diesen Fragebogen ausgefüllt zu Ihrem Termin bei uns mit.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

>> Allgemeine Daten

Vorname _____ Name _____

Geburtsdatum _____ Telefon _____

E-Mail: _____

Augenarzt _____ Hausarzt _____

>> Fragen zu Ihren Augen

Haben Sie als Kind geschielt? ja nein

Waren beide Augen in Ihrer Kindheit etwa gleich gut? ja nein

Tragen oder trugen Sie eine Sehhilfe?
(Fern-, Lese- oder Mehrstärkenbrille, Kontaktlinsen) nein

ja seit welchem Alter? _____

Hatten Sie bereits Verletzungen an Ihren Augen? nein

ja welche? _____

Wurden Ihre Augen bereits operiert oder gelasert? nein

ja warum? _____

Haben Sie erhöhten Augendruck? (Glaukom/Grüner Star) ja nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente für Ihre Augen? nein

ja welche? _____

>> Allgemeine Fragen zu Ihrer Gesundheit

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? nein

ja welche? _____

Zuckerkrankheit nein

ja seit? _____

Sind Sie insulinpflichtig? nein

ja seit? _____

Ist Ihnen Ihr Langzeitzuckerwert (HbA1c) bekannt? nein

ja _____

Lebererkrankungen ja nein

Nierenfunktionsstörung bzw. erhöhte Nierenwerte ja nein

Asthma ja nein

Chronische Bronchitis ja nein

Schilddrüsenerkrankung ja nein

Erhöhter Blutdruck ja nein

Thrombose ja nein

Embolie ja nein

Herzinfarkt ja nein

Herzkrankheiten nein

ja welche? _____

Schlaganfall nein

ja wann? _____

Rheumatische Erkrankungen ja nein

Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tuberkulose, HIV usw.) nein

ja seit _____ welche? _____