

## Herzlich Willkommen!

Sie besuchen uns zum ersten Mal.

Wir bitten diesen Erstuntersuchungsbogen ausgefüllt mitzubringen. Danke!

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Name Hausarzt: \_\_\_\_\_

Waren Sie schon einmal beim Augenarzt?

Nein       Ja – Wann zum letzten Mal?: \_\_\_\_\_

Hatten Sie schon Augenoperationen?

Nein       Ja – Welche? Wann? In welchem Spital? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Verwenden Sie Augentropfen?

Nein       Ja – Welche?: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente? (für Zucker, Bluthochdruck, Schilddrüse, Lunge?)

Nein       Ja – Welche?: \_\_\_\_\_

Welche Erkrankungen/Vorerkrankungen haben Sie?

Zucker (Diabetes)       Lungenerkrankungen - Asthma o. COPD

Bluthochdruck

Schlaganfall

Herzinfarkt

Krebserkrankung

Gibt es in Ihrer Familie Augenerkrankungen? z.B. (grüner Star = Glaukom)?

Nein       Ja – Welche? \_\_\_\_\_

Tragen Sie Kontaktlinsen?

Nein       Ja