



Sind in Ihrer Familie (Blutsverwandtschaft) folgende Erkrankungen bekannt?

- |                           |                             |                               |                          |                             |                               |
|---------------------------|-----------------------------|-------------------------------|--------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Grüner Star               | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Zuckerkrankheit          | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Makuladegeneration        | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | höhere Fehlsichtigkeiten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Netzhautlöcher, -ablösung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Schielen                 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

**Allgemeinerkrankungen**

Ist bei Ihnen eine Allergie / Unverträglichkeit von Medikamenten bekannt?  ja  nein

Wenn ja, welche? .....

Sind Sie zuckerkrank?  ja  nein

Die Zuckerkrankheit wird behandelt mit:  Tabletten  Insulin

Der letzte Langzeitzuckerwert (HbA1c) betrug: .....

Ist bei Ihnen Bluthochdruck bekannt?  ja  nein

Ist bei Ihnen niedriger Blutdruck bekannt?  ja  nein

Ist bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung bekannt?  ja  nein

Ist bei Ihnen Heuschnupfen oder Asthma bekannt?  ja  nein

Ist bei Ihnen eine rheumatische oder infektiöse Erkrankung bekannt?  ja  nein

Ist bei Ihnen Schuppenflechte/Neurodermitis/Rosacea o. ä. bekannt?  ja  nein

Hatten Sie einen Schlaganfall?  ja  nein

Sind bei Ihnen Herzrhythmusstörungen bekannt?  ja  nein

andere Allgemeinerkrankungen/Operationen:

.....  
.....  
.....

Rauchen Sie?  ja  nein

Sind Sie schwanger oder stillen Sie?  ja  nein

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

.....  
.....  
.....

Welchen Beruf üben Sie aus? .....

Arbeiten Sie mehrere Stunden täglich am Computer?  ja  nein

Wie sind Sie auf unsere Ordination aufmerksam geworden? .....

**Anmerkungen / weitere Details:**

.....  
.....  
.....  
.....

Wir reservieren Ihren Termin exklusiv für Sie. Sollte es Ihnen nicht möglich sein den vereinbarten Termin einzuhalten, bitten wir Sie den Termin spätestens einen Werktag vorher abzusagen. Anderenfalls müssen wir das Honorar für den bereitgestellten Termin verrechnen.

Datum ..... Unterschrift: .....