

Dr. N. Friedrich & Dr. F. Einecke
Augenärzte

Harnackstr. 9; 04317 Leipzig
Tel.: 341/9904560 – Fax: 341/30854640

www.augenarzt-in-leipzig.de
Augenarztpraxis.leipzig@googlemail.com

Name, Vorname:

geboren am:

E-Mail:

Tel.:

1 Grund für die augenärztliche Vorstellung:

☐ rechtes Auge ☐ linkes Auge

☐ Sehverschlechterung, wenn ja seit:

☐ Kontrolle

☐ Schlieren/Flusen im Sehfeld

☐ Besprechung bzgl. operativen Eingriff

☐ Schmerzen

☐ Fremdkörpergefühl

☐ Blitzwahrnehmung (im Dunkeln)

☐ Fliegende Mücken

☐ Doppeltsehen

☐ Sehfeld einschränkung

2 Verwenden Sie eine Sehhilfe?

☐ Fernbrille

☐ Kontaktlinsen

☐ Gleitsichtbrille

☐ Nahbrille

☐ Einfache Lesehilfe

3 Hatten Sie bereits eine Augen-Operation? ☐ Nein

☐ Ja

☐ OP „grauer Star“

☐ Laser-OP:

☐ Netzhaut

☐ Hornhaut /LASIK

☐ OP „grüner Star“

☐ Kunstlinse

☐ „grüner Star“

☐ OP Netzhaut/ Glaskörper

☐ Intravitreale Medikamentengabe wegen:
(`Spritzentherapie`)

☐ Altersbedingter Makuladegeneration (AMD)

☐ Diab. Netzhauterkrankung

☐ Thrombose

☐ Andere Augen-OP:

4 Allgemeine Erkrankungen:

☐ Asthma bronchiale /COPD?

☐ Diabetes mellitus; wenn ja, seit wann:
aktueller HbA1c:

☐ Schilddrüsenerkrankung

☐ Rauchen

☐ Schlaganfall

☐ Bei Frauen: Schwangerschaft

☐ Ja

☐ Nein:

☐ Herzinfarkt

Stillen Sie aktuell

☐ Ja

☐ Nein

☐ Bluthochdruck

☐ Blutverdünner

☐ Allergien: ☐ Nein ☐ Ja , gegen:

☐ Andere:

5 Zusatzleistungen: Wünschen Sie weitere Informationen bzgl.:

☐ Glaukom-Vorsorgeuntersuchung

☐ Ja ☐ Nein

☐ OCT-gestützte Untersuchung der Netzhaut (Sehnerv/ Makula)

☐ Ja ☐ Nein

Wir möchten darauf hinweisen, dass wir für persönliche Bescheinigungen (z.B. Empfehlung zur Anpassung einer Arbeitsplatzbrille, private Atteste, Atteste für private Versicherungen) eine Gebühr von 17,43 € erheben (entsprechend GOÄ Nr. 75).

Ich bin mit der Speicherung dieses Patientenfragebogens einverstanden.

Datum:

Unterschrift des Patienten:

P
A
T
I
E
N
T
E
N
F
R
A
G
E
B
O
G
E
N