

Herzlich Willkommen!

Sie besuchen uns zum ersten Mal.

Wir bitten Sie diesen Erstuntersuchungsbogen auszufüllen. Vielen Dank!

➤ **Name:** _____

➤ **Adresse:** _____ **PLZ:** _____

➤ **Telefonnummer:** _____

Haben sie einen Hausarzt?

Nein Ja - Bitte Name und Bezirk angeben: _____

Waren Sie schon einmal beim Augenarzt?

Nein Ja - Wann zum letzten Mal?: _____

Hatten Sie schon Augenoperationen?

Nein Ja - Welche? Wann? In welchem Spital?: _____

Nehmen Sie Augentropfen?

Nein Ja - Welche? _____

Nehmen Sie Medikamente? (z.B. für Blutdruck, Zucker, Schilddrüse,...)

Nein Ja - Welche? _____

Hatten Sie jemals einen Schlaganfall, Herzinfarkt, Krebserkrankung oder Thrombosen?

Nein Ja

Kommen in Ihrer Familie unter Blutsverwandten Augenerkrankungen vor? (z.B. grüner Star = Glaukom, Netzhautverkalkungen = Makuladegenerationen)

Nein Ja

Haben Sie eine Brille?

Nein Ja

Haben Sie Kontaktlinsen?

Nein Ja