

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Telefonnummer / -mobil _____

E-Mail _____

Hausarzt _____

Aktuelle Beschwerden, seit wann _____

Hatten Sie Augen-Operationen? ja nein

Welche, wann: _____

Hatten Sie Verletzungen der Augen? _____ ja nein

Nehmen Sie Augentropfen, welche? _____ ja nein

Tragen Sie Brille oder Kontaktlinsen? _____ ja nein

Gibt es in Ihrer Familie Augenerkrankungen? _____ ja nein

Sind sie zuckerkrank, seit wann? _____ ja nein

Haben bzw. behandeln Sie Bluthochdruck? ja nein

... oder andere chronische Erkrankungen? _____ ja nein

Nehmen Sie Medikamente ein? _____ ja nein

Bestehen Allergien, ggf. welche? _____ ja nein

Wann war Ihr letzter Augenarztbesuch, Anlaß? _____



Praxis Dres. med. P. Buschendorff & M. Kröning

www.augenarzt-lampertheim.de

Kaiserstr. 38, 68623 Lampertheim, Tel. 06206-951524