

# Anamnese



AUGEN | LASERKLINIK | ROSTOCK

Pat.-Nr.: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

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

Vorname: \_\_\_\_\_ M / W

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Untersucher: \_\_\_\_\_

**Haupt-Sehhilfe:**     Brille     harte Kontaktlinsen     weiche Kontaktlinsen     keine

**Warum ist die refraktive OP gewünscht?**

---

---

**OP-Indikation:**     Kontaktlinsenunverträglichkeit     Brillenunverträglichkeit  
 beruflich erforderlich     privat / funktionell  
 sonstige, n.n. bez.

**Refraktion:**    stabil seit \_\_\_\_ Jahren.

**Augenanamnese:**

---

---

**Anamnese allgemein:**

---

---

**Bemerkungen:**

---

---

---

---

---

---

## RISIKOFAKTOREN:

Diabetes      
Allergie      
Autoimmunerkr.      
Kollagenosen   

	RA	LA
Glaukom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Katarakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HH-Erkr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uveitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vorh. Verl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Mitgegebene Informationen:**