### Anamnesebogen

| Augenanamnese                      | Ja | Nein | Falls ja, ab welchem Lebensjahr bzw. wann wurde Erstdiagnose gestellt? | Welches Auge ist betroffen? | Anmerkungen |
|-----------------------------------|----|------|------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------|
| 1. Brillenträger?                 |☐  |☐    | ☐☐. Lj.                                                               | R☐L☐                       |             |
| 2. Kontaktlinsenträger?           |☐  |☐    | ☐☐. Lj                                                               |                            |             |
| 3. Sehen Sie auf beiden Augen mit Korrektion gleich gut? |☐  |☐    |                                                                  |                            |             |
| 4. Schielen bekannt?              |☐  |☐    | ☐☐. Lj                                                               | R☐L☐                       |             |
| 5. Sind Sie schwachsichtig?       |☐  |☐    | ☐☐. Lj                                                               | R☐L☐                       |             |
| (Amblyopie)?                      |    |      |                                                                      |                            |             |
| 6. Augenbewegungsstörungen        |☐  |☐    |                                                                      |                            |             |
| bzw. Doppelbilder?                |    |      |                                                                      |                            |             |
| 7. Grauer Star (Katarakt)?        |☐  |☐    | ☐☐. Lj                                                               | R☐L☐                       |             |
| 8. Grüner Star (Glaukom)?         |☐  |☐    | ☐☐. Lj                                                               | R☐L☐                       |             |
| 9. Netzhauterkrankungen?          |☐  |☐    | ☐☐. Lj                                                               | R☐L☐                       |             |
| (z.B. Netzhautablösung...)         |    |      |                                                                      |                            |             |
| 10. Makulaerkrankungen?           |☐  |☐    | ☐☐. Lj                                                               | R☐L☐                       |             |
### Augenanamnese

| Augenanamnese                                      | Ja | Nein | Falls ja, ab welchem Lebensjahr bzw. wann wurde Erstdiagnose gestellt? | Welches Auge ist betroffen? | Anmerkungen |
|---------------------------------------------------|----|------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------|
| 11. Schwere chronische Augenentzündungen?         |    |      | Lj                                                                    | R L                         |             |
| 12. Augenverletzungen?                            |    |      | Lj                                                                    | R L                         |             |
| 13. Augenoperationen?                             |    |      | Lj                                                                    | R L                         |             |
| 14. Augenmedikamente? (Tropfen/Salben)            |    |      | Lj                                                                    | R L                         |             |
| 15. Sind in Ihrer Familie Augenerkrankungen bekannt? (z.B. hohe Fehlsichtigkeiten, Glaukom [Grüner Star], Katarakt [Grauer Star], Netzhautablösung, Farbsehstörungen,..) |    |      | Lj                                                                    | R L                         |             |

### Allgemeinanamnese

| Allgemeinanamnese                                      | Ja | Nein | Falls ja, ab welchem Lebensjahr bzw. wann wurde Erstdiagnose gestellt? | Anmerkungen |
|-------------------------------------------------------|----|------|-----------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1. Herz-Kreislaufkrankung?                            |    |      | Lj                                                                    |             |
| 2. Andere Organerkrankung? (z.B. Leber, Niere, Magen,..) |    |      | Lj                                                                    |             |
| 3. Neurologische Erkrankungen? (z.B. Schlaganfall, Epilepsie) |    |      | Lj                                                                    |             |
### Allgemeinanamnese

| Allgemeinanamnese | Ja | Nein | Falls ja, ab welchem Lebensjahr bzw. wann wurde Erstdiagnose gestellt? | Anmerkungen |
|-------------------|----|------|---------------------------------|--------------|
| 4. Stoffwechselerkrankung? (z.B. Blutzucker, Schilddrüse, Fettstoffwechsel,..) | ☐ | ☐ | ☐. Lj | __________________________ |
| 5. Seelische Erkrankungen? | ☐ | ☐ | ☐. Lj | __________________________ |
| 6. Schwangerschaft? | ☐ | ☐ | __________________________ |
| 7. Medikamenteneinnahme? | ☐ | ☐ | ☐. Lj | __________________________ |
| 8. Medikamente, die die Reaktionszeit beeinflussen? | ☐ | ☐ | ☐. Lj | __________________________ |
| 9. Andere Erkrankungen? | ☐ | ☐ | ☐. Lj | __________________________ |
| 10. Haben Sie Allergien? | ☐ | ☐ | __________________________ |

Sonstige Anmerkungen: