

# Anamnesebogen

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

---

---

*Zur Vorbereitung auf die ärztliche Untersuchung bitten wir Sie, die folgenden Fragen zu beantworten:*

**1. Sind Sie Diabetiker?**  nein  ja  
Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_  
Behandeln Sie mit?  Diät  Tabletten  Insulin  
Der aktuelle HbA1c- Wert? \_\_\_\_\_mg/dl

**2. Haben Sie hohen Blutdruck?**  nein  ja  
Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_

**3. Hatten Sie einen Schlaganfall?**  nein  ja  
Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

**4. Hatten Sie schon mal einen Gefäßverschluss?**  nein  ja  
(z. B. Thrombose, Embolie...)  
Wenn ja, welchen? \_\_\_\_\_

**5. Hatten Sie schon mal einen Herzinfarkt?**  nein  ja  
Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

**6. Liegen bei Ihnen andere Herzerkrankungen vor?**  nein  ja  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**7. Leiden Sie an einer Erkrankung der Lunge?**  nein  ja  
(z.B. Asthma, chronische Bronchitis...)  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**8.** Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?  
(z.B. Aspirin, Marcumar...)  nein  ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**9.** Liegt bei Ihnen eine Allergie gegen Latex vor?  nein  ja

Liegen bei Ihnen sonstige Allergien vor?  nein  ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**10.** Haben/ Hatten Sie Infektionserkrankungen?  
(z.B. Hepatitis, HIV, MRSA...)  nein  ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**11.** Liegen bei Ihnen andere Erkrankungen vor?  nein  ja

(z.B. Schilddrüsenerkrankungen)

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**12.** Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  nein  ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**13.** Wurden Sie bereits an den Augen operiert?  nein  ja

Wenn ja, welche OP ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**14.** Besteht eine gesetzliche Betreuung in Gesundheitsfragen?  
 nein  ja

Wenn ja, benötigen wir Angaben des gesetzlichen Betreuers:

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

Telefonnummer: \_\_\_\_\_