

Villa Medica

Medizinisches Kompetenzzentrum

Sehr geehrte(r) Patient(in),

Datum: _____

Mit der Beantwortung der folgenden Fragen tragen Sie tatkräftig zur gezielten Untersuchung Ihrer Augen bei. Sollen Sie Fragen haben, stehen wir Ihnen gerne hilfreich zur Seite.

Vorname: _____ **Familienname:** _____

Geburtsdatum: _____

- 1.) Wann war Ihre letzte Kontrolle beim Augenarzt? _____
- 2.) Tragen Sie eine Brille / Kontaktlinsen (KL)?
ja nein
Wenn ja: Fernbrille ja nein
Bildschirmbrille ja nein
Lesebrille ja nein
Kontaktlinsen weiche harte
In welchem Alter bekamen Sie Ihre erste Brille / KL? _____ Jahre
Seit wann haben Sie Ihre aktuelle Brille / KL? _____ Jahre
- 3.) Wie viele Stunden am Tag sind Sie am Computer tätig? _____ Stunden
- 4.) Haben Sie regelmäßig Augenbeschwerden? Ja nein
(Augenermüdung, Brennen, verschwommene Sicht, Augenrötung)
- 5.) Sind in der Kindheit beide Augen gleich „gut“ gewesen? ja nein
- 6.) Haben Sie jemals geschielt? ja nein
- 7.) Haben oder hatten Sie schwere Augenerkrankungen? ja nein
- 8.) Hatten Sie Augenoperationen / Laserbehandlung? ja nein
- 9.) Verwenden Sie Augentropfen / Augensalbe? ja nein
- 10.) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein
- 11.) Ist bei Ihnen eine Allergie / Unverträglichkeit bekannt? ja nein
- 12.) Gibt es in Ihrer Familie erbliche Augenerkrankungen? ja nein