

# Anamnesebogen Erwachsene

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Telefon

Versicherung

E-Mail

privat gesetzlich

Größe

Gewicht

Vorstellungsgrund, Beschwerden

Blutdruck

Puls

## EIGENANAMNESE

**Infektionen**

nein

ja

**Impfungen**

vollständig nach Empfehlung

unvollständig

**Vorerkrankungen**

nein

ja

**OPs**

nein

ja

**Allergien**

nein

ja

**Medikamente**

nein

ja

**Zeckenbiss**

nein

ja, wann

**Allgemeine Beschwerden** (z.B. Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Leistungsschwäche, Fieber, erhöhte Temperaturen, Nachtschweiß, ...)

nein

ja

# FAMILIENANAMNESE

Augenerkrankungen, Brillenträger, Schielen, Sehschwäche, genetische Erkrankungen

**Mutter**

**Vater**

**Geschwister**

**Kinder**

## AUGENANAMNESE

### subjektive Sehverschlechterung

nein  
ja, seit wann?

Nahsicht

Fernsicht

### Rötung

nein  
ja

### Brennen

nein  
ja

### Tränen

nein  
ja

### Schmerzen

nein  
ja

### Druckgefühl

nein  
ja

### Schwellung

nein  
ja

### Brillenträger

nein  
ja, seit wann?  
wann letzte Bestimmung?  
von wem?

### getropft

nein  
ja

### Schielen

nein  
ja, seit wann?

### Okklusion (Pflastertherapie) in Kindheit

nein  
ja links wie lange?  
rechts

### Doppelbilder

nein  
ja horizontal einäugig Nahbereich akuter Beginn  
vertikal beidäugig Fernbereich schleichender Beginn

# ORGANANAMNESE

## Beschwerden

Kopf

Thorax

Uro-/Gynäkologie

Schlaf

Abdomen

Bewegungsapparat

Ohren/Hörvermögen

Psyche

## SOZIALANAMNESE

Familienstand

Haustiere

Beruf

Freizeit/Hobbies/Sport

berufliche Belastungen

## SONSTIGES

**Ernährung**

normal

Gewichtsverlust

Besonderheiten

**Genussmittel** (Nikotin, Alkohol, Drogen, Medikamente, sonstige)

nein

ja

**Hausarzt**

**weitere relevante Behandler**

**Augenarzt**

**Datum**

1.

ausgefüllten Anamnesebogen speichern



2.

Anamnesebogen per E-Mail zurücksenden an

[praxis@orthoptistin-dresden.de](mailto:praxis@orthoptistin-dresden.de)