

**Allgemeiner Patientenfragebogen der Refraktiven Chirurgie**

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefon: privat \_\_\_\_\_ dienstl. \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Brillen- bzw. Kontaktlinsenwerte: rechtes Auge: \_\_\_\_\_

-

linkes Auge: \_\_\_\_\_

**Leiden Sie an folgenden Allgemeinerkrankungen?:**

- |   |                            |                          |
|---|----------------------------|--------------------------|
| 1) Diabetes („Zucker“)                    | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |
| 2) Kollagenose                            | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |
| 3) „Wundheilungsstörungen“                | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |
| 4) Hauterkrankungen                       | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |
| 5) Allergien                              | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |
| 6) Autoimmunerkrankungen/Immunsuppression | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |

**Besteht eine Schwangerschaft?**  nein  ja

**Tragen Sie einen Herzschrittmacher?**  nein  ja

**Nehmen Sie Cortison ein?**  nein  ja

**Welche Medikamente nehmen Sie ein?** **Menge**

1) \_\_\_\_\_ -mal tägl.

2) \_\_\_\_\_ -mal tägl.

**Gibt es in Ihrer Familie Blutsverwandte mit grünem Star?**  nein  ja

**Tragen Sie Kontaktlinsen?**  nein  ja

Wie lange tragen Sie Kontaktlinsen? \_\_\_\_\_

Welche Kontaktlinsen tragen Sie?  weiche  harte

**Leiden Sie an folgenden Augenerkrankungen?**

- |  |                            |                          |
|--|----------------------------|--------------------------|
| 1) Iritis (Regenbogenhautentzündung)         | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |
| 2) Uveitis                                   | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |
| 3) Keratitis (Hornhautentzündung)            | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |
| 4) Blepharitis (Lidrandentzündung)           | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |
| 5) Visusreduzierende Katarakt ( grauer Star) | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |
| 6) Keratokonus                               | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |
| 7) Stark zunehmende Kurzsichtigkeit          | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |
| 8) Trockenes Auge                            | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |
| 9) Hornhautverletzung(en)                    | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |
| 10) Zustand nach Hornhautoperation(en)       | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |
| 11) Glaukom (grüner Star)                    | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |