

Bitte bringen Sie diesen Fragebogen ausgefüllt zum Screening-Termin mit!!!

Allgemeiner Patientenfragebogen der Refraktiven Chirurgie

Name:.....Vorname:.....

Geburtsdatum:.....

Adresse:.....

Telefon:privat:.....dienstlich:.....

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Beruf:

Mit wie viel Jahren haben Sie Ihre erste Brille bekommen?

Seit wie vielen Jahren sind Ihre Brillen- bzw. Kontaktlinsenwerte stabil?

Tragen Sie Kontaktlinsen? nein ja
Wenn ja, welche Kontaktlinsen tragen Sie? weiche harte
Seit wann tragen Sie Kontaktlinsen?

Besteht eine Schwangerschaft? nein ja
Tragen Sie einen Herzschrittmacher? nein ja
Nehmen Sie Cortison ein? nein ja

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

1).....-mal tägl. 2).....-mal tägl.
3).....-mal tägl. 4).....-mal tägl.

Leiden Sie an folgenden Allgemeinerkrankungen?:

1) Diabetes („Zucker“) nein ja
2) Kollagenose nein ja
3) „Wundheilungsstörungen“ nein ja
4) Hauterkrankungen nein ja
5) Allergien nein ja
6) Autoimmunerkrankungen/Immunsuppression nein ja

Leiden Sie an folgenden Augenerkrankungen?

1) Regenbogenhautentzündung (Iritis/Uveitis) nein ja
2) Keratitis (Hornhautentzündung) nein ja
3) Blepharitis (Lidrandentzündung) nein ja
4) Visusreduzierende Katarakt (grauer Star) nein ja
5) Keratokonus nein ja
6) Stark zunehmende Kurzsichtigkeit nein ja
7) Trockenes Auge nein ja
8) Hornhautverletzung(en) nein ja
9) Zustand nach Hornhautoperation(en) nein ja
10) Glaukom (grüner Star) nein ja