



**Dr. med. univ. Justina A. Musiol**  
**Fachärztin für Augenheilkunde**

Oppenheimer Str. 5, 55268 Nieder-Olm ☎ 06136 7667724

**Anamnesebogen (Krankengeschichte)**

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

Welche Beschwerden? \_\_\_\_\_

Wann waren Sie zuletzt beim Augenarzt? \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Ist bei Ihnen ein Glaukom („grüner Star“) bekannt?.....( ) Ja ( ) Nein

Wenn ja, Angaben auf Seite 2 beachten!

Haben Sie in der Kindheit geschielt?.....( ) Ja ( ) Nein

Sieht ein Auge von Kindheit an schlechter als das andere?.....( ) Ja ( ) Nein

Wenn ja, welches Auge? ( ) rechts ( ) links

Tragen Sie Kontaktlinse? .....( ) Ja ( ) Nein

Nehmen Sie regelmäßig Augentropfen?..... ( ) Ja ( ) Nein

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

Hatten Sie schon Operationen an den Augen? .....( ) Ja ( ) Nein

Wenn ja, welche, wann und wo behandelt?

Rechtes Auge:	Linkes Auge:
---------------	--------------

Besteht bei Ihnen:

Diabetes mellitus.....( ) Ja ( ) Nein    Asthma bronchiale.....( ) Ja ( ) Nein

Bluthochdruck .....( ) Ja ( ) Nein    Schilddrüsenerkrankung..... ( ) Ja ( ) Nein

Herz-Krankheiten .....( ) Ja ( ) Nein    Nierenerkrankung .....( ) Ja ( ) Nein

Schlaganfall .....( ) Ja ( ) Nein    Rheuma .....( ) Ja ( ) Nein

Hepatitis (Gelbsucht) .....( ) Ja ( ) Nein    HIV .....( ) Ja ( ) Nein

Welche Operationen wurden bisher bei Ihnen durchgeführt? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente zur Blutverdünnung? .....( ) Ja ( ) Nein

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

Nehmen Sie Cortison?.....( ) Ja ( ) Nein

Nehmen Sie sonstige Medikamente .....( ) Ja ( ) Nein

Wenn ja, welche? (ggf. Seite 2 nutzen) \_\_\_\_\_

Sind Allergien bekannt (insbesondere Medikamentenallergie) .....( ) Ja ( ) Nein

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

Besteht eine andere infektiöse Erkrankung?..... ( ) Ja ( ) Nein

Rauchen Sie?..... ( ) Ja ( ) Nein

Sind Sie schwanger? .....( ) Ja ( ) Nein    Stillen Sie? .....( ) Ja ( ) Nein

Angaben zum Glaukom sofern vorhanden:

Ihr Glaukom ist bekannt seit: \_\_\_\_\_

Höchster je gemessener Augeninnendruck:.....RA: \_\_\_\_\_ LA: \_\_\_\_\_

Aktuelle Therapie RA: \_\_\_\_\_ Menge pro Tag: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Menge pro Tag: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Menge pro Tag: \_\_\_\_\_

LA: \_\_\_\_\_ Menge pro Tag: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Menge pro Tag: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Menge pro Tag: \_\_\_\_\_

Ergänzungen Ihrerseits:

---

---

---

---

---

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner freiwillig gemachten Angaben und gestatte meine Daten in meiner Patientenakte zu hinterlegen. Diese Angaben sind ausschließlich für den internen Gebrauch meiner Behandlung vorgesehen und dürfen nicht an Dritte weitergegeben werden.

**Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)**

Meine Gesundheit ist mir wichtig. Bitte informieren Sie mich über mögliche diagnostische oder therapeutische Optionen, auch wenn diese keine Leistung der gesetzlichen Krankenkasse sind.

Nieder-Olm, den \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient

**Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden -§73 Abs. 1 b SGB V.**

Ich wurde auf das Informationsblatt zum Datenschutz, welches als Aushang in der Praxis aushängt, aufmerksam gemacht.

ich bin informiert

ich bin damit einverstanden, dass in der Praxis Dr. med. univ. Justina A. Musiol, Patienten-Behandlungsdaten und Befunde von mir erhoben und verarbeiten werden dürfen.

ich bin damit einverstanden, dass die meine behandelnde Augenärztin bei meinem Hausarzt oder anderen Ärzten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die Zwecke der meinem behandelnden Arzt zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann

Nieder-Olm, den \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient