

ANAMNESE

Name: Straße: PLZ, Ort: Geburtsdatum:	Datum: Beruf/Tätigkeit: Telefon: E-Mail:		
		Sehkomfort, aktuell:	6. Gesundheitszustand der Augen:
		Ferne: ☐ sehr gut ☐ mäßig ☐ schlecht Nähe: ☐ sehr gut ☐ mäßig ☐ schlecht	☐ Augenverletzungen, Augenoperationen:
		Bildschirm: ☐ sehr gut ☐ mäßig ☐ schlecht	□ Netzhauterkrankungen□ AMD/Makuladegeneration
Sehlösungen, aktuell:	☐ Chronische Entzündungen		
☐ Fernbrille ☐ Gleitsichtbrille ☐ Officebrille	☐ Laser- / Schielbehandlung		
☐ Lesebrille ☐ Sonnenbrille ☐ Kontaktlinsen	☐ grüner Star (Glaukom)		
□ Filtergläser	☐ grauer Star (Katarakt)		
Sehentfernungen im Beruf und in der Freizeit:	☐ Schielen/Winkelfehlsichtigkeit		
□ Nahbereich (40 cm – 80 cm)	☐ Kopfverletzungen		
☐ Zwischenbereich (50 cm – 120 cm)	☐ Sehstörungen Gibt es familiäre Vorgeschichten bzgl. Erkrankungen?		
☐ Fernbereich (mehr als 6 m)	Gibt es familiale vorgeschichten bzgt. Erklankungen:		
Schwerpunkt der täglichen Sehgewohnheiten:	7. Allgemeiner Gesundheitszustand:		
□ PC-Arbeit ○ < 1 Std. ○ < 2 Std. ○ > 2 Std	☐ Zuckerkrankheit (Diabetes)		
☐ Autofahren ○ < 1 Std. ○ < 2 Std. ○ > 2 Std	☐ hohen Blutdruck (Hypertonie)		
☐ Lesen	☐ Schilddrüsen-Erkrankungen		
☐ Sport ○ < 1 Std. ○ < 2 Std. ○ > 2 Std ☐ Haushalt ○ < 2 Std. ○ < 4 Std. ○ < 6 Std	☐ Schlaganfall		
□ Haushatt ○ < 2 Std. ○ < 4 Std. ○ < 6 Std	☐ Herzerkrankungen		
Augenbeschwerden:	☐ Nerven- und Muskelerkrankungen		
☐ Tränende Augen	☐ Rheuma		
☐ Trockene Augen	☐ Allergien		
☐ Blitze zucken durchs Bild	☐ Autoimmunerkrankungen		
Lichtempfindlichkeit	☐ Neurologische Erkrankungen, Depressionen		
☐ Sehprobleme bei Dämmerung	☐ Nackenbeschwerden		
□ Doppelbilder	☐ Magen-Darm-Erkrankung ☐ Stress		
☐ Ermüden beim Lesen	□ Stress		
☐ Probleme beim Lesen	8. Nehmen Sie folgende Medikamente?		
☐ Kopfschmerzen bei Nah- und Computerarbeit	□ Blutdrucksenker		
☐ Jucken der Augen	☐ Schilddrüsenmedikamente		
□ Rote Augen	☐ Herzmedikamente		
☐ Schwarze Punkte/Mücken fliegen durchs Bild	☐ Cortison		
☐ Schwierigkeiten beim Autofahren	□ Insulin		
☐ Allergische Reaktionen	☐ Psychopharmaka		
 □ Umstellungsprobleme von Fern- auf Nahsicht oder umgekehrt □ Zuckende Lider 	□ Pille		
□ Zuckende Lider □ andere:	☐ Nahrungsergänzungsmittel		
	☐ Augenbenetzungsmittel		
	☐ Glaukomtropfen		
Letzter Augenarztbesuch:	☐ Schmerzmittel		
Bemerkungen:	9. Contactlinsen		
	Haben Sie Interesse an Conctactlinsen?		
	Habell Sie Hitelesse all contractionsen:		

Datum, Unterschrift:

□ **Datenschutz:** Hiermit stimme ich zu, dass Optic Jacobs meine personenbezogenen Daten in meiner Kundenakte speichern darf.

Diese Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.