

# EIGNUNGSFRAGEBOGEN AUGENLASER



Titel/Vor-/Nachname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_  
Tag Monat Jahr

Straße \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_ Augenarzt \_\_\_\_\_

## Beantworten Sie bitte vorab folgende Fragen, um uns bestens auf die Voruntersuchung vorbereiten können.

Tragen Sie Brillen oder Kontaktlinsen)  Brille  Kontaktlinsen

Falls Sie Kontaktlinsen tragen: \_\_\_\_\_

Wie oft tragen Sie Kontaktlinsen (überwiegend/nur beim Sport)? \_\_\_\_\_

Art der Kontaktlinsen?  Weiche Kontaktlinsen?  Formstabile (harte) Kontaktlinsen?

Wie viele Jahre tragen Sie schon Kontaktlinsen? \_\_\_\_\_

Hatten oder haben Sie Probleme mit trockenem Auge (Rötung, Fremdkörpergefühl, vermehrtes Tränen)?

Wenn „Ja“, welche? \_\_\_\_\_

Wann war Ihre letzte Untersuchung beim Augenarzt? \_\_\_\_\_

Wann wurde Ihre Brillen- oder Kontaktlinsenstärke zuletzt verändert? \_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien? Unverträglichkeiten auf lokale Betäubungsmittel? Wenn „Ja“, welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn „Ja“, welche? \_\_\_\_\_

Welche Hobbies üben Sie aus (Kampfsport, Fliegen,...)? \_\_\_\_\_

Fahren Sie nachts oft Auto?  Ja  Nein

Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen?

Diabetes mellitus  Autoimmun-, Rheumaerkrankungen  Platzangst

Depressionen oder psychiatrische Erkrankungen  Herpes Infektionen (Fieberblasen? Gürtelrose?)

Könnten Sie schwanger sein, oder planen Sie in der Zeit bis zur Operation eine Schwangerschaft?  Ja  Nein

Hatten Sie Augenoperationen oder Erkrankungen? Wenn „Ja“, welche? \_\_\_\_\_