



Augenärztlicher Anamnesebogen

Um Ihnen und uns den zeitaufwendigen Teil der Anamnese zu verkürzen,
ersuchen wir Sie, unseren Fragebogen vorab auszufüllen und ihn dann
ausgedruckt und unterschrieben bei Ihrem Besuch mitzunehmen.
Vielen herzlichen Dank für Ihre Mithilfe.

Seite 1/2

Datum _____

Allgemeine Daten

Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefon

Straße Hausnummer

PLZ Ort

E-Mail

Dienstgeber

Hausarzt

Kasse/Versicherung

SVNr

oder mitversichert bei:

Name, Vorname

Kasse/Versicherung

SVNr

Anamnese

Grund für heutigen Besuch

Wann war der letzte Augen-
arztbesuch?

Weshalb?

Tragen Sie Brille/Kontaktlinse?

nein ☐

ja ☐

Welche

Sind Sie damit zufrieden?

nein ☐

ja ☐

Seit wann tragen Sie diese



Anamnese (Fortsetzung)

Name _____

Gibt es in Ihrer Familie schwere Augenerkrankungen?

Glaucom (grüner Star)	nein ☐	ja ☐	Schieler	nein ☐	ja ☐
Netzhautverkalkung (AMD)	nein ☐	ja ☐	Hoher Sehfehler	nein ☐	ja ☐
Andere	nein ☐	ja ☐	Welche?	_____	

Hatten Sie schon Augenoperationen, Laser- oder Schielbehandlungen? nein ☐ ja ☐

Welche? _____
Welches Auge, wann und wo? _____

Leiden Sie unter Allergien? nein ☐ ja ☐ Welche _____

Nehmen Sie Medikamente? nein ☐ ja ☐ Welche _____

Leiden Sie unter spezifischen Allgemeinerkrankungen wie

erhöhter Blutdruck	nein ☐	ja ☐	Rheuma	nein ☐	ja ☐
Diabetes (Tabletten/Insulin)	nein ☐	ja ☐	MS	nein ☐	ja ☐
Schilddrüse	nein ☐	ja ☐	Gefäßerkrankungen (Schlaganfall, Thrombose, Herzinfarkt etc)	nein ☐	ja ☐
Epilepsie/Krampfanfälle	nein ☐	ja ☐			

ÖGK Rückerstattung

Sofern Sie bei der ÖGK versichert sind und wir für Sie die Rückerstattung des Honorars (im Regelfall 80% des Kassentarifs) einreichen sollen, geben Sie uns bitte hier Ihre Kontonummer bekannt:

IBAN _____

Unterschrift _____