



DIAGNOSTISCHER FRAGEBOGEN

Die Angaben in diesem Fragebogen dienen dazu, Hinweise auf Ihre Erkrankung zu erhalten.

Alle Unterlagen werden vertraulich behandelt. Bitte beantworten Sie alle Fragen, indem Sie die zutreffende Antwort einkreisen.

Patientenname: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____, ggf. email _____ @ _____

Überweisender Augenarzt:

Überweisender Allgemeinarzt:

Aktuelle Beschwerden (Beginn, Verlauf und Ausprägung), 1. Auge, 2. Allgemein

Welche **diagnostischen Maßnahmen** wurden bisher unternommen
(Blutuntersuchungen, Röntgen, CT, MRT u.a.)

Haben Sie sich bereits an anderer Stelle vorgestellt?
(evt. Ergebnisse von **Voruntersuchungen mitbringen**)

Welche Medikamente nehmen Sie **zur Zeit** in **welcher Dosierung** ein?

Welche Medikamente haben Sie ggf. zuvor erhalten, die **keine** Wirkung oder Nebenwirkungen zeigten?

Krankheiten in der Familie

Die folgenden Fragen betreffen Ihre Großeltern, Eltern, Tanten, Onkel, Brüder und Schwestern, Kinder oder Enkelkinder.

Hatte irgendetwas in der Familie jemals folgende Erkrankungen:

| | | |
|------------------------------------|----|------|
| Tuberkulose | Ja | Nein |
| Syphilis | Ja | Nein |
| Gelenkentzündung oder Rheumatismus | Ja | Nein |
| Zuckerkrankheit | Ja | Nein |
| Allergien | Ja | Nein |
| Gicht | Ja | Nein |
| Hauterkrankungen | Ja | Nein |

Hatte irgendetwas aus Ihrer Familie jemals gesundheitliche Probleme mit:

| | | |
|----------------------|----|------|
| Augen | Ja | Nein |
| Haut | Ja | Nein |
| Nieren | Ja | Nein |
| Lungen | Ja | Nein |
| Gehirn | Ja | Nein |
| Andere innere Organe | Ja | Nein |

Soziale Geschichte

| | | |
|---|----|------|
| Haben Sie jemals außerhalb Deutschlands gewohnt? | Ja | Nein |
| Wo? _____ | | |
| Haben Sie in letzter Zeit eine Fernreise unternommen? | Ja | Nein |
| Wohin? _____ | | |
| Haben Sie jemals einen Hund besessen? | Ja | Nein |
| Haben Sie jemals eine Katze besessen? | Ja | Nein |
| Haben Sie jemals rohes Fleisch gegessen? | Ja | Nein |
| Hatten Sie jemals Kontakt zu erkrankten Tieren? | Ja | Nein |
| Haben Sie jemals intravenöse Drogen genommen? | Ja | Nein |

Haben Sie jemals eine Bluttransfusion erhalten? Ja Nein

Welchen Beruf üben Sie

aus? _____

Haben Sie innerhalb von 3 Monaten vor Beginn Ihrer Erkrankung oder vor einem neuen Schub eine Impfung erhalten? Ja Nein

Wenn ja,

welche? _____

Eigene medizinische Geschichte

Wurde bei Ihnen in der Vergangenheit/ derzeit eine der folgenden Erkrankungen festgestellt?

| | | |
|----------------------------|----|------|
| Blutarmut | Ja | Nein |
| Krebs | Ja | Nein |
| Zuckerkrankheit | Ja | Nein |
| Leberentzündung | Ja | Nein |
| Hoher Blutdruck | Ja | Nein |
| Herpeserkrankung | Ja | Nein |
| Masern oder Röteln | Ja | Nein |
| Windpocken oder Gürtelrose | Ja | Nein |
| Mumps | Ja | Nein |
| Chlamydien oder Trachom | Ja | Nein |
| Syphilis oder Gonorrhoe | Ja | Nein |
| Tuberkulose | Ja | Nein |
| Leptospirose | Ja | Nein |
| Histoplasmose | Ja | Nein |
| Pilzerkrankung | Ja | Nein |
| Toxoplasmose | Ja | Nein |
| Amoebeninfektion | Ja | Nein |
| Toxokariosis | Ja | Nein |
| Trichinose | Ja | Nein |
| Whipples Erkrankung | Ja | Nein |
| Heufieber | Ja | Nein |

| | | |
|------------------------------------|----|------|
| Allergien | Ja | Nein |
| Pemphigoid | Ja | Nein |
| Vaskulitis | Ja | Nein |
| Rheumatoide Arthritis | Ja | Nein |
| Arthritis | Ja | Nein |
| Lupus erythematoses | Ja | Nein |
| Sklerodermie | Ja | Nein |
| Morbus Reiter | Ja | Nein |
| Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn | Ja | Nein |
| Psoriasis | Ja | Nein |
| Behcet's Erkrankung | Ja | Nein |
| Arteriitis temporalis | Ja | Nein |
| Erythema nodosum | Ja | Nein |
| Multiple Sklerose | Ja | Nein |
| Sarkoidose | Ja | Nein |

Hatten Sie jemals eines der folgenden Krankheitszeichen?

Allgemein

Fieber

Nachtschweiß

Kürzlicher Gewichtsverlust

Kopf

Häufige oder schwere Kopfschmerzen

Häufiges oder schweres Schwindelgefühl

Taubheitsgefühl

Anfallsleiden

Augen

Haben Sie früher mit beiden Augen gleich gut gesehen?

Ja Nein

Falls nicht, welches Auge war schon immer das schlechtere?

Haben Sie als Kind geschielt? Ja Nein

Hatten Sie jemals ein/e

„Rotes Auge“ Ja Nein

Enzündung der/ des Ja Nein

Regenbogenhaut Ja Nein

Netzhaut Ja Nein

Glaskörper Ja Nein

Lederhaut (Sklera) Ja Nein

Erhöhter Augeninnendruck (Glaukom) Ja Nein

Linsentrübung („Grauer Star“- Kataract) Ja Nein

Wurden Operationen des Auges vorgenommen? Welche? Wann?

Rechtes Auge

Linkes Auge

Ohren

Schwerhörigkeit Ja Nein

Dauerndes Klingeln und Geräusche in den Ohren Ja Nein

Häufige oder schwere Ohreninfektionen Ja Nein

Schmerzhafte oder geschwollene Ohr läppchen Ja Nein

Nase und Kehle

Geschwüre in Nase oder Mund Ja Nein

Häufige oder wiederkehrende Nasenblutungen Ja Nein

Häufiger Schnupfen Ja Nein

Verstopfte Nase Ja Nein

Nasennebenhöhlenbeschwerden Ja Nein

Heiserkeit Ja Nein

Zahn -oder Gaumeninfektionen Ja Nein

Haut

| | | |
|----------------------------------|----|------|
| Ausschlag | Ja | Nein |
| Hautblasen | Ja | Nein |
| Weißer Haut oder Haarflecken | Ja | Nein |
| Haarverlust | Ja | Nein |
| Zecken -oder Insektenstich | Ja | Nein |
| Schmerzhafte kalte Finger | Ja | Nein |
| Starkes Juckgefühl | Ja | Nein |
| Bekommen Sie schnell Sonnenbrand | Ja | Nein |

Atmungstrakt

| | | |
|--------------------------------------|----|------|
| Schluckbeschwerden | Ja | Nein |
| Dauerhafter Husten | Ja | Nein |
| Bluthusten | Ja | Nein |
| Lungenentzündung | Ja | Nein |
| Kürzliche Grippe oder Virusinfektion | Ja | Nein |
| Asthma | Ja | Nein |

Blut

| | | |
|-----------------|----|------|
| Blutungsneigung | Ja | Nein |
| Kurzatmigkeit | Ja | Nein |
| Bluttransfusion | Ja | Nein |

Gastrointestinaltrakt

| | | |
|---------------------------|----|------|
| Übelkeit | Ja | Nein |
| Durchfall | Ja | Nein |
| Blutiger Stuhl | Ja | Nein |
| Magenbeschwerden | Ja | Nein |
| Gelbsucht oder gelbe Haut | Ja | Nein |

Knochen und Gelenke

| | | |
|--|----|------|
| Steife Gelenke | Ja | Nein |
| Schmerzhafte Gelenke | Ja | Nein |
| Geschwollene Gelenke | Ja | Nein |
| Rote und erwärmte Gelenke | Ja | Nein |
| Steifer Rücken | Ja | Nein |
| Rückenbeschwerden während des Schlafes | Ja | Nein |
| Muskelschmerzen | Ja | Nein |

Nieren und Genitaltrakt

| | | |
|--|----|------|
| Nierenprobleme | Ja | Nein |
| Blasenprobleme | Ja | Nein |
| Blut im Urin | Ja | Nein |
| Ausschlag oder Geschwüre im Genitalbereich | Ja | Nein |
| Prostataentzündung | Ja | Nein |
| Hodenschmerzen | Ja | Nein |
| Fehlgeburt | Ja | Nein |

Sind Sie schwanger oder planen Sie eine Schwangerschaft?

Wieviel wiegen Sie derzeit? _____

Wie groß sind Sie derzeit? _____

Psychologische Geschichte

Fühlen Sie sich sehr unter Stress?

Fühlen Sie sich depressiv?

Sind Sie in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung?

Datum

Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Mühe!