



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

Entzündung 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 Ohrläppchen 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!