

ANAMNESEBOGEN SEHSCHULE Erwachsene

Persönliche Daten:

Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____
Telefon: _____ Adresse: _____

Grund für Ihren Besuch:

- ☐ Schielen Seit wann? _____ Auge: ☐ re ☐ li
☐ Bisherige Therapie: _____
☐ Schiel-Operationen? ☐ ja ☐ nein Wann? _____
☐ Doppelbilder Seit wann? _____

Sehkorrektur:

- ☐ keine ☐ Brille ☐ Kontaktlinsen ☐ Prismenbrille

Stärke der Prismenbrille: rechts _____
links _____

Allgemeinerkrankungen:

- ☐ Diabetes ☐ nein ☐ Typ 1 ☐ Typ 2 Seit wann? _____
☐ Bluthochdruck
☐ Schlaganfall Wann? _____
☐ Herz
☐ Multiple Sklerose
☐ Parkinson
☐ Myasthenie
☐ Schilddrüse
☐ Rheuma
☐ Sonstige Erkrankungen: _____

Erklärung

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.

Ort und Datum

Unterschrift