UNIVERSITÄTS KLINIKUM FRANKFURT
GOETHE-UNIVERSITÄT

Bitte bringen Sie diesen Fragebogen ausgefüllt zum Screening- Termin mit!!!

Allgemeiner Patientenfragebogen der Refraktiven Chirurgie

Name: …….. Vorname: ……..

Geburtsdatum: ……

Adresse: ……

Telefon: privat:…… dienstlich:……

Beruf: ……

Hobbies:
……

Seit wie vielen Jahren sind Ihre Brillen bzw. Kontaktlinsenwerte stabil? ……
Mit wieviel Jahren haben Sie Ihre erste Brille bekommen? ……

Tragen Sie Kontaktlinsen?	Nein	☐	Ja	☐
Wenn ja, Welche?	Harte	☐	Weiche	☐
Seit wann tragen Sie Kontaktlinsen? ……				

Besteht eine Schwangerschaft:	Nein	☐	Ja	☐
Nehmen Sie Hormone (z.B: Antibabypille)?	Nein	☐	Ja	☐
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	Nein	☐	Ja	☐
Nehmen Sie Cortison ein?	Nein	☐	Ja	☐

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

1) …… …….. mal täglich.
2) …… …….. mal täglich
3) …… …….. mal täglich
4) …… …….. mal täglich

Leiden Sie an folgenden Allgemeinerkrankungen? :

1) Diabetes („Zucker“)	Nein	☐	Ja	☐
2) Kollagenose	Nein	☐	Ja	☐
3) „Wundheilungsstörungen“	Nein	☐	Ja	☐
4) Hauterkrankungen	Nein	☐	Ja	☐
5) Allergien	Nein	☐	Ja	☐
6) Autoimmunerkrankungen/ Immunsuppression	Nein	☐	Ja	☐

Leiden Sie an folgenden Augenerkrankungen?

1) Regenbogenhautentzündung (Iritis/Uveitis)	Nein	☐	Ja	☐
2) Keratitis (Hornhautentzündung)	Nein	☐	Ja	☐
3) Blepheritis (Lidrandentzündung)	Nein	☐	Ja	☐
4) Katarakt (grauer Star)	Nein	☐	Ja	☐
5) Keratokonus	Nein	☐	Ja	☐
6) Stark zunehmende Kurzsichtigkeit	Nein	☐	Ja	☐
7) Trockenes Auge	Nein	☐	Ja	☐
8) Hornhautverletzung(en)	Nein	☐	Ja	☐
9) Zustand nach Hornhautoperation(en)	Nein	☐	Ja	☐
10) Glaukom (grüner Star)	Nein	☐	Ja	☐
11) Andere Erkrankungen: ……				

Haben Sie sich vorab über unterschiedliche Behandlungsmöglichkeiten informiert? Nein ☐ Ja ☐
Wenn Ja, über Welche? ……
Wie sind Sie auf uns Aufmerksam geworden? ……

Hiermit bestätige ich, dass meine Angaben korrekt sind! Unterschrift/Datum:……