

# ERSTUNTERSUCHUNGSBOGEN

**Sie besuchen uns zum ersten Mal.**

**Wir bitten diesen Erstuntersuchungsbogen ausgefüllt mitzubringen. Danke!**

Nachname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse, PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Sozialversicherungsnummer: \_\_\_\_\_

**Waren Sie schon einmal beim Augenarzt?  Nein  Ja – Wann zum letzten Mal?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Hatten Sie schon Augenoperationen?  Nein  Ja – Welche? Wann? In welchem Spital?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Verwenden Sie Augentropfen?  Nein  Ja – Welche?:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Nehmen Sie Medikamente (für Zucker, Bluthochdruck, Schilddrüse, Lunge)?  Nein  Ja – Welche?:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Sind Allergien oder Medikamenten-Unverträglichkeiten bekannt?  Nein  Ja – Welche?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NEYES TO SEE YOU.

**Dr. med. Julia Rossbacher, FEBO • Privat und alle Kassen**

Tarviserstraße 16 • 9020 Klagenfurt a. W. • T: 0463 503909 • F: 0463 503909-5 • info@augenarzt-rossbacher.at • www.augenarzt-rossbacher.at  
Bankverbindung: IBAN AT75 2070 6045 0024 5073 • BIC KSPKAT2KXXX • Kärntner Sparkasse AG

**Welche Erkrankungen/Vorerkrankungen haben Sie?**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Netzhautablösung    | <input type="checkbox"/> Schlaganfall             | <input type="checkbox"/> rheumatische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Grüner Star/Glaukom | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt              | <input type="checkbox"/> Migräne                   |
| <input type="checkbox"/> Makula-Degeneration | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Epilepsie/Fieberkrampf    |
| <input type="checkbox"/> Zucker (Diabetes)   | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen       | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen:        |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck       | <input type="checkbox"/> Asthma/COPD              | <input type="checkbox"/> Sonstige:                 |

**Gibt es in Ihrer Familie Augenerkrankungen (z.B. grüner Star/Glaukom, Makuladegeneration, Netzhautablösung, erbliche Netzhauterkrankung)?**  Nein  Ja – Welche?

---

---

**Hatten Sie eine Verletzung des Auges?**  Nein  Ja – Welche?

---

---

**Haben Sie bereits als Kind auf einem Auge schlechter gesehen?**

- Nein  Ja – Welches Auge?  rechts schlechter  links schlechter

**Haben Sie als Kind oder später geschielt?**

- Nein  Ja – Welches Auge?  rechts  links

**Tragen Sie Kontaktlinsen?**

- Nein  Ja

NEYES TO SEE YOU.

**Dr. med. Julia Rossbacher, FEBO • Privat und alle Kassen**

Tarviserstraße 16 • 9020 Klagenfurt a. W. • T: 0463 503909 • F: 0463 503909-5 • info@augenarzt-rossbacher.at • www.augenarzt-rossbacher.at  
Bankverbindung: IBAN AT75 2070 6045 0024 5073 • BIC KSPKAT2KXXX • Kärntner Sparkasse AG