



Anamnesebogen vor einer Katarakt Operation (grauer Star)

Um Gefahrenquellen, die ihre sichere Operation beeinträchtigen könnten, zu identifizieren bitten wir Sie um Beantwortung der folgenden Fragen. Besteht oder bestand eine der unten aufgeführten Merkmale oder Erkrankung bei Ihnen ? **Wenn sie eine Frage mit Ja beantworten, ergänzen Sie bitte Details dazu darunter oder auf der 2. Seite.** Danke!

personenbezogene Daten:

Name _____ Vorname _____
geb. _____ Alter _____ Größe _____ Gewicht _____
Geschlecht m w d

Fachspezifische Fragen:

1. Medikamente (wenn möglich Medikamentenplan beilegen)

- | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Blutverdünner
(z.B. Marcumar, Plavix,
ASS 100) | <input type="checkbox"/> Antidiabetika
(z.b. Metformin) | <input type="checkbox"/> Schlaf- oder Beruhigungs-
mittel | <input type="checkbox"/> Andere Medikamente
(bitte beilegen) |
| <input type="checkbox"/> Schmerzmittel | <input type="checkbox"/> Herz Medikamente | <input type="checkbox"/> Blutdrucksenker | |
| <input type="checkbox"/> Hormonpräparate | | | |

2. Alphablocker Nein Ja
(z.B. Tamsulosin, Urorec, Cardular)

3. Allergien Nein Ja

4. Blutungsneigung Nein Ja
(blaue Flecke, langes Bluten nach Verletzung)

5. Infektionskrankheiten Nein Ja
(z.B. Hepatitis, HIV/AIDS, Tuberkulose)

6. Gefäßerkrankungen Nein Ja
(z.B. Arteriosklerose, Krampfadern, Durchblutungsstörungen)

7. Stoffwechselerkrankung Nein Ja
(z.B. Diabetes, Gicht)

8. Hauterkrankungen Nein Ja
(z.B. Ausschlag, Schuppenflechte, Tumor)

9. Glaukom Behandlung Nein Ja

10. Einnahme von Drogen Nein Ja

11. Alkoholkonsum Nein Ja, selten
 Ja, täglich

