



Augenarztpraxis  
Dr. med. Simone Ernst-Burbach  
Landgrafenstr. 31-35, 50931 Köln, Tel. 0221-1687730  
www.augenpraxis-lindenthal.de

## HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS

### KINDERANAMNESEBOGEN

Bevor wir uns den Augen Ihres Kindes widmen können, benötigen wir neben den Personalien auch Angaben über den allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist uns wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

#### Patientendaten

Nachname, Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Anschrift: Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ tagsüber: \_\_\_\_\_  
Mobil: \_\_\_\_\_  
E-Mail Adr.: \_\_\_\_\_  
Krankenversicherung \_\_\_\_\_  
Beihilfeberechtigt? ja [ ] nein [ ]

#### Mutter:

Name / Vorname: \_\_\_\_\_  
Geb.: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_  
Rechnungsempfänger ja [ ] nein [ ]

#### Vater:

Name / Vorname: \_\_\_\_\_  
Geb.: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_  
Rechnungsempfänger: ja [ ] nein [ ]  
Rechnungsadresse (falls abweichend von oben):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wir weisen darauf hin dass die Vergütung der Behandlungskosten durch die Erstattungsstellen möglicherweise nicht, oder nicht in vollem Umfang gewährleistet ist.

**Kinderarzt** \_\_\_\_\_

**Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? (ggf. bitte Name vermerken)**

**Grund Ihres Besuches** Kontrolluntersuchung [ ] Beschwerden [ ]

**Augenanamnese:**

Besteht/bestand bei Ihrem Kind ein bekanntes Augenleiden? ja [ ] nein [ ]

Wenn JA, welches? \_\_\_\_\_

Ist Ihnen etwas Besonderes aufgefallen (z.B. häufiges Fallen, Stolpern, Danebengreifen, Zukneifen eines Auges, Schielen, ggf. auch nur zeitweise auftretend)

ja [ ] nein [ ]

Wenn ja was? \_\_\_\_\_

War Ihr Kind schon einmal bei einem anderen

Augenarzt/Sehschule? ja [ ] nein [ ]

Wenn ja, waren die Befunde regelrecht? ja [ ] nein [ ]

Sind die Pupillen Ihres Kindes schon einmal weit getropft worden? ja [ ] nein [ ]

Hat es die Augentropfen gut vertragen? ja [ ] nein [ ]

Wann hat Ihr Kind die erste Brille erhalten? \_\_\_\_\_ Keine Brille [ ]

Wie alt ist die aktuelle Brille? \_\_\_\_\_

Ist Schielen bekannt? ja [ ] nein [ ]

Wurde schon einmal ein Auge abgeklebt? (Okklusion) ja [ ] nein [ ]

Gab es frühere Augenverletzungen? ja [ ] nein [ ]

Gab es frühere Augenoperationen? ja [ ] nein [ ]

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Eigenanamnese des Kindes:**

Besteht/bestand bei Ihrem Kind eine akute oder chronische Erkrankung, oder der Verdacht auf eine Erkrankung? ja [ ] nein [ ]

Wenn ja welche? \_\_\_\_\_

Gab es Auffälligkeiten in der Schwangerschaft oder bei der Geburt? ja [ ] nein [ ]

Sind Fieberkrämpfe bekannt? ja [ ] nein [ ]

Besteht eine Epilepsie? ja [ ] nein [ ]

Besteht ein Herzfehler? ja [ ] nein [ ]

Wurden Operationen durchgeführt? ja [ ] nein [ ]

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Gab es Krankenhausaufenthalte? ja [ ] nein [ ]

Wenn ja, warum? \_\_\_\_\_

Besteht eine regelmäßige oder aktuelle Medikamenteneinnahme? ja [ ] nein [ ]

wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Familienaugenanamnese:**

Gibt es in der Familie Augenerkrankungen? ja [ ] nein [ ]

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Strabismus (Schielen)? ja [ ] nein [ ]

Amblyopie (Schwachsichtigkeit)? ja [ ] nein [ ]

Myopie (Kurzsichtigkeit)? ja [ ] nein [ ]

Hyperopie (Weitsichtigkeit)? ja [ ] nein [ ]

Astigmatismus (Hornhautverkrümmung)? ja [ ] nein [ ]

Katarakt (grauen Star)? ja [ ] nein [ ]

Glaukom (grünen Star)? ja [ ] nein [ ]

Tumorleiden? ja [ ] nein [ ]

Andere Erkrankungen oder andere Augenleiden? ja [ ] nein [ ]

Haben Sie Interesse an unserem Recall-System zur regelmässigen Vorsorge bzw. Kontrolle? ja [ ] nein [ ]

\_\_\_\_\_  
Datum\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Erziehungsberechtigten