



AUGENÄRZTE AM RATHAUS

Zentrum für Augenheilkunde

Dr. med. Eike Tobias Matthiessen und Kollegen

Praxis

Rathausmarkt 19 · 20095 Hamburg

Praxisklinik/AONW

Neuer Wall 36 · 20354 Hamburg

Tel. 040 -37 34 98

Fax 040 - 365846

praxis@augenaerzteamrathaus.de

www.augenaerzteamrathaus.de

Sehr geehrte/er Patient/in,

damit wir Ihre Untersuchung bestmöglich vorbereiten können, beantworten Sie uns bitte die nachfolgenden Fragen:

Hat ein betreuender Augenarzt bereits den Verdacht eines trockenen Auges geäußert?

☐ ja ☐ nein

Seit wann bzw. wie lange bestehen Ihre Beschwerden?

Ungefähre Angabe: _____

Bitte beschreiben Sie kurz die Beschwerden (in Bezug auf das trockene Auge), die Sie am meisten stören und in Ihrer Lebensqualität einschränken:

Stichpunkte: _____

Welche Therapieversuche haben Sie bereits durchgeführt?

	JA	NEIN	Früherer Versuch
Tränenersatzmittel			
Lidrandreinigung			
Wärmebehandlung der Lider (z.B. mit Maske/ Rotlicht)			
Intense Pulsed Light Therapie (IPL)			
BlephEx®			
LipiFlow®			
Sonstige:			



AUGENÄRZTE AM RATHAUS

Zentrum für Augenheilkunde

Dr. med. Eike Tobias Matthiessen und Kollegen

Praxis

Rathausmarkt 19 · 20095 Hamburg

Praxisklinik/AONW

Neuer Wall 36 · 20354 Hamburg

Tel. 040 - 37 34 98

Fax 040 - 365846

praxis@augenaerzteamrathaus.de

www.augenaerzteamrathaus.de

Welche Tränenersatzmittel/Lidhygienepräparate haben Sie bisher verwendet und wie häufig? (wenn Frage zutreffend)

folgende: _____

Wurden bei Ihnen weitere Augenerkrankungen festgestellt?

☐ ja

☐ grüner Star (Glaukom)

☐ Lidrandentzündung (Blepharitis)

☐ Bindehautentzündung durch Chlamydien

☐ Makuladegeneration

☐ andere: _____

☐ nein

Wurden bei Ihnen Operationen an Augen oder an den Augenlidern durchgeführt?

☐ ja, welche: _____

☐ nein

Bestand bei Ihnen in der Vergangenheit eine Augenverletzung? (z.B. eine Verletzung der Hornhaut durch einen Fremdkörper, durch Kratzen eines Fingernagels oder ähnliches?)

☐ ja, folgende: _____

☐ nein

Tragen Sie regelmäßig Kontaktlinsen?

☐ ja

☐ weiche Kontaktlinsen

☐ harte Kontaktlinsen

☐ nein



AUGENÄRZTE AM RATHAUS

Zentrum für Augenheilkunde

Dr. med. Eike Tobias Matthiessen und Kollegen

Praxis

Rathausmarkt 19 · 20095 Hamburg

Praxisklinik/AONW

Neuer Wall 36 · 20354 Hamburg

Tel. 040 -37 34 98

Fax 040 - 365846

praxis@augenaerzteamrathaus.de

www.augenaerzteamrathaus.de

Sind bei Ihnen Allgemeinerkrankungen bekannt?

☐ ja:

☐ Diabetes mellitus (Typ 1/ Typ 2?) ☐ diätetisch ☐ medikamentös ☐ Insulinpflichtig

☐ Bluthochdruck

☐ Herzerkrankungen _____

☐ Nierenfunktionsstörung

☐ Asthma

☐ Schlaganfall

☐ psychische Erkrankungen (z.B. Angststörungen, Depression)

☐ neurologische Erkrankungen (z.B. M. Parkinson)

☐ andere: _____

☐ nein

Besteht bei Ihnen eine Schilddrüsenfunktionsstörung

☐ ja:

☐ Überfunktion

☐ Unterfunktion

☐ Morbus Basedow

☐ Hashimoto-Thyreoiditis

☐ nein

Leiden Sie unter Allergien?

☐ ja, welche: _____ ☐ nein

Besteht oder bestand bei Ihnen eine Hauterkrankung?

☐ ja:

☐ Rosazea

☐ Akne, falls ja, hat eine Behandlung mit Isotretinoin stattgefunden? ☐ ja

☐

nein

☐ Schuppenflechte (Psoriasis)

☐ Neurodermitis/atopische Dermatitis

☐ Tumor im Bereich der Haut

☐ Gürtelrose (Herpes zoster)

☐ andere: _____

☐ nein



AUGENÄRZTE AM RATHAUS

Zentrum für Augenheilkunde

Dr. med. Eike Tobias Matthiessen und Kollegen

Praxis

Rathausmarkt 19 · 20095 Hamburg

Praxisklinik/AONW

Neuer Wall 36 · 20354 Hamburg

Tel. 040 -37 34 98

Fax 040 - 365846

praxis@augenaerzteamrathaus.de

www.augenaerzteamrathaus.de

Leiden Sie an einer Autoimmunerkrankung?

☐ ja:

☐ Sjögren-Syndrom

☐ Sarkoidose

☐ Kollagenosen (z.B. Sklerodermie, Lupus erythematodes, Dermatomyositis)

☐ Rheumatoide Arthritis

☐ Colitis ulcerosa, Morbus Crohn

☐ nein

Hatten Sie eine Knochenmarks- oder Stammzelltransplantation?

☐ ja

☐ nein

Haben Sie ein Trockenheitsgefühl in der Nase, im Mund, im Rachen?

☐ ja

☐ nein

Ist bei Ihnen ein Schlaf-Apnoe-Syndrom bekannt?

☐ ja, besteht CPAP Pflicht (Heimsauerstoff/Beatmung)?

☐ ja

☐ nein

☐ nein

Für Frauen: erhalten oder erhielten Sie eine Hormontherapie (z.B. Östrogene)?

☐ ja

☐ nein

Für Männer: erhalten oder erhielten Sie eine Antiandrogentherapie (z.B. bei Prostatakarzinom)?

☐ ja

☐ nein

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!

Ihr Team der Spezialsprechstunde Trockene Augen der Augenärzte am Rathausmarkt