

Fragebogen Trockenes Auge

Liebe Patientin, lieber Patient

durch Beantwortung der aufgeführten Punkte (Zutreffendes unterstreichen/ ergänzen) unterstützen Sie uns bei der zügigen Erfassung Ihrer Beschwerdeproblematik und Optimierung der diesbezüglichen Therapie. Mit dem Ausfüllen stimmen Sie zugleich der elektronischen Speicherung dieses Formulars zu.

Name

Vorname

Geb.-Dat.

Behandlung wg. trock. Augen

seit:

Wochen/ Monaten / Jahren

aktuelle Beschwerden:

Brennen

Fremdkörpergefühl

Lichtscheu

Tränen

Schmerzen

Lidrandentzündung

Rötung

Ermüdung

Häufigkeit der Beschwerden

gelegentlich

häufig

ständig

Stärke der Beschwerden

gering/ lästig

deutlich/ erträglich

massiv/ unerträglich

Sonstige Besonderheiten

Bildschirmarbeitsplatz

Klimaanlage

Kontaktlinsenträger

formstab. CL

flexible CL

Zustand nach Augen-Operation:

welche:

Allgemeinerkrankungen

Rheuma

Diabetes

Sjögren-Syndrom

Schilddrüsenfunktionsstörung

Hauterkrankung

Allergien:

Therapie bisher

Augentropfen:

Augengele/ -salben:

Andere: