

## Anamnesebogen (Kinder von 0-6 Jahren)

### Allgemeine Daten

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtstag \_\_\_\_\_

Straße Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ Ort \_\_\_\_\_

Telefon (Festnetz / mobil) \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_

Versicherung \_\_\_\_\_

ggf. Hauptversicherter \_\_\_\_\_

### Familienanamnese

Gibt es Augenerkrankungen in der Familie? Welche? \_\_\_\_\_

|                      |                                 |                 |                     |
|----------------------|---------------------------------|-----------------|---------------------|
| Sehfehler des Vaters | Kurzsichtigkeit                 | Weitsichtigkeit | Hornhautverkrümmung |
|                      | Unterschied rechtes/linkes Auge |                 | Schielen            |
| Sehfehler der Mutter | Kurzsichtigkeit                 | Weitsichtigkeit | Hornhautverkrümmung |
|                      | Unterschied rechtes/linkes Auge |                 | Schielen            |

Auffälligkeiten bei Geschwistern: \_\_\_\_\_

### Allgemeine Anamnese

verliefen Schwangerschaft und Geburt normal?      ja      nein:

Frühgeburt in Schwangerschaftswoche \_\_\_\_\_

Geburtsgewicht \_\_\_\_\_

Sauerstoffversorgung, wieviele Tage? \_\_\_\_\_

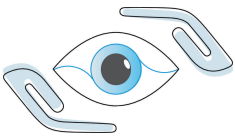
Geburtskomplikationen: \_\_\_\_\_

Wie verläuft die kindliche Entwicklung?      normal      auffällig: \_\_\_\_\_

Traten Allgemeinerkrankungen oder Unfälle auf?      nein      ja: \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind Medikamente?      nein      ja: \_\_\_\_\_

Wirkt Ihr Kind ungeschickt (häufiges Stolpern, Hinfallen, Danebengreifen)?      nein      ja: \_\_\_\_\_



# Anamnesebogen (Kinder von 0-6 Jahren)

Leidet Ihr Kind unter Krampfanfällen?

nein  ja

Ist Ihr Kind in Therapie (z.B. Logopädie, Ergotherapie, Krankengymnastik, etc.), bitte benennen

\_\_\_\_\_

## Augenanamnese

Beschäftigt sich Ihr Kind in der Nähe auch mit kleinen Sachen?

ja                      nein

Nimmt Ihr Kind die Dinge nah heran?

ja                      nein

Fällt Ihnen bei Ihrem Kind folgendes auf:

angestrenzte Mimik

Zukneifen eines Auges

Zwinkern

Augenreiben

Tränen der Augen

Schielen eines Auges, wenn ja:

rechtes Auge

linkes Auge

beide Augen abwechselnd

Innenschielen

Außenschielen

es wurde/wird eine Okklusionstherapie durchgeführt

es wurde bereits eine Schiel-OP durchgeführt

Wann?

\_\_\_\_\_

Wo?

\_\_\_\_\_

Wurde Ihr Kind bereits augenärztlich untersucht?

ja                      nein

Wenn ja:                      es wurde eine Brille verordnet

es wurde eine Augenuntersuchung durchgeführt, bei der die Pupille weit getropft wurde