



Anamnesebogen „Trockenes Auge“

Liebe Patientin, lieber Patient,
dieser Fragebogen ist freiwillig – durch Ausfüllen stimmen Sie der elektronischen Speicherung dieses Formulars zu. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zum trockenen Auge, indem Sie das Kästchen im Fragebogen ankreuzen, dass Ihre Situation am besten beschreibt. Bitte entscheiden Sie sich bei den Fragen Nr. 2 und 3 je Symptom für eine einzige Antwort.

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

1. Welche Symptome treten bei Ihnen auf?

Symptome	In den letzten 3 Wochen	In den letzten 3 Monaten
Trockenheit, „Sand“, Kratzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen, Reizungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brennen, Augen tränen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augenermüdung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Wie häufig treten die Symptome auf?

Symptome	Manchmal	Häufig	Ständig
Trockenheit, sandiges Gefühl, Kratzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen, Reizungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brennen, Augen tränen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augenermüdung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Wie schlimm sind die Symptome?

1 = Erträglich – nicht gut, aber nicht unangenehm
 3 = Störend und beeinträchtigt meinen Alltag erfüllen

2 = Unangenehm, aber beeinträchtigt Alltag nicht
 4 = Unerträglich – ich kann meine täglichen Arbeiten nicht

Symptome	1	2	3	4
Trockenheit, sandiges Gefühl, Kratzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen, Reizungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brennen, Augen tränen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augenermüdung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Benutzen Sie befeuchtende Augentropfen?

Nein Ja, so häufig: _____