

Name _____
Adresse _____
Telefonnummer _____
Geburtsdatum _____
Geburtsland _____
Ausgeübter Beruf: _____
Größe: _____ Gewicht: _____

Name, Adresse und Telefonnummer

behandelnder Augenarzt _____

behandelnder Hausarzt _____

behandelnder Rheumatologe _____

Augenanamnese

Beginn der Uveitis (bitte Zutreffendes ankreuzen)

Plötzlich (über Nacht)

schleichend (über Tage bis Wochen)

weiß nicht

Wann erstmalig Beschwerden? (Monat/Jahr) _____

Anzahl der „Schübe“ seither? _____

(z.B. Gesamtzahl, oder etwa Anzahl pro Jahr) _____

Sind Ihnen folgende Symptome bekannt?	rechtes Auge	linkes Auge
gerötetes Auge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blendungsschmerz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Augenschmerz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerz bei Augenbewegung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sehen schwarzer Punkte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verschwommensehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Aktuelle Beschwerden an den Augen? (Beginn, Verlauf und Ausprägung)

Augenanamnese - Allgemeines (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Haben Sie früher auf beiden Augen gleich gut gesehen? Nein Ja
- Falls nein, welches Auge war schon immer das schlechtere? rechts links
- Haben Sie als Kind geschickt? Nein Ja
- Haben Sie eine Fernbrille? Seit _____ Nein Ja
- Haben Sie eine Lesebrille? Seit _____ Nein Ja
- Wurden Sie jemals an den Augen operiert? Nein Ja
- Falls ja, welche Operation, welches Auge und wann?

-
- Wurde jemals eine Laserbehandlung durchgeführt? Nein Ja
- Falls ja, welcher Art, welches Auge und wann?

-
- Hatten Sie jemals eine schwere Augenverletzung? Nein Ja
- Wurde bei Ihnen jemals ein erhöhter Augeninnendruck festgestellt? Nein Ja
- Gibt es in Ihrer Familie Augenerkrankungen? Nein Ja
- Falls ja, welche ?
- Uveitis/Regenbogenhautentzündung
 - Glaukom/grüner Star
 - Retinitis pigmentosa
 - Andere _____

Allgemeine Anamnese

Hatten Sie in den letzten Tagen/ Wochen eine/mehrere der folgenden Beschwerden?

- Atembeschwerden beim Treppensteigen? Nein Ja
- Magen- und Darmbeschwerden? Nein Ja
- Durchfälle und/oder Blut im Stuhl? Nein Ja
- Haben oder hatten Sie Fieber? Nein Ja
- Haben Sie nächtliche starke Schweißausbrüche? Nein Ja
- Hautausschläge? Nein Ja
- Kopfschmerzen? Nein Ja
- Gliederschmerzen? Nein Ja
- Muskelschmerzen? Nein Ja
- Haben Sie trockene Augen? Nein Ja
- Haben Sie einen trockenen Mund? Nein Ja
- Haben Sie ungewollt an Gewicht verloren? Nein Ja
- Haben Sie Nasenbluten und Borken in der Nase? Nein Ja
- Aphten (offene Stellen) im Mund u./o. im Genitalbereich? Nein Ja
- Haben Sie morgens das Gefühl, Sie sind „eingerstet“ und es fällt Ihnen schwer, Ihre Gelenke zu bewegen? Nein Ja
- Wenn ja, dauert der Zustand länger als eine Stunde? Nein Ja
- Sind eines oder mehrere Ihrer Gelenke zeitweise geschwollen? Nein Ja
- Haben Sie in den letzten Jahren im Ausland gelebt? Nein Ja
- Wenn ja, wo? _____
- Haben Sie jemals ungekochtes Fleisch oder Würste gegessen? Nein Ja

Bisherige Untersuchungen

- Ist jemals eine Röntgen-Untersuchung der Lunge erfolgt? Nein Ja
- Wenn ja, wann? _____
- Gab es hier Hinweise für Sarkoidose/Tuberkulose/andere Erkrankungen? Nein Ja
- Wenn ja, welche? _____
- Ist jemals eine Schichtaufnahme des Kopfes (cMRT) erfolgt? Nein Ja
- Wenn ja, mit welchem Ergebnis? _____
- Sind Sie HLA B27 positiv ? nicht bekannt Nein Ja

Medikamentenanamnese

Aktuelle Medikation

Welche **Augentropfen** nehmen Sie zurzeit in welcher Dosierung für welches Auge (RA/LA)?

Name des Präparates	Wann (von – bis)	RA / LA	hilfreich	verträglich
_____	_____	<input type="radio"/> RA <input type="radio"/> LA	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
_____	_____	<input type="radio"/> RA <input type="radio"/> LA	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
_____	_____	<input type="radio"/> RA <input type="radio"/> LA	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
_____	_____	<input type="radio"/> RA <input type="radio"/> LA	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
_____	_____	<input type="radio"/> RA <input type="radio"/> LA	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja

Welche **sonstigen Medikamente** nehmen Sie zurzeit in welcher Dosierung ein?

Medikamentenplan anbei: Nein (dann bitte unten auflisten) Ja, siehe Plan

Name des Präparats	Dosis [Einheit]	Häufigkeit
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Frühere Medikation

Welche **sonstigen Medikamente** haben Sie in der Vergangenheit für die Augen erhalten?

Name des Präparates	Wann (von – bis)	RA / LA	hilfreich	verträglich
_____	_____	<input type="radio"/> RA <input type="radio"/> LA	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
_____	_____	<input type="radio"/> RA <input type="radio"/> LA	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
_____	_____	<input type="radio"/> RA <input type="radio"/> LA	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
_____	_____	<input type="radio"/> RA <input type="radio"/> LA	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja

Familienanamnese

Ist in Ihrer Familie eine der folgenden Erkrankungen bekannt?

- Morbus Bechterew
- Multiple Sklerose?
- Sarkoidose?
- Entzündliche Darmerkrankungen?
- M. Behcet?
- Tuberkulose?

Allergien

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Wenn ja, welche?

In eigener Sache

Haben Sie bestimmte Fragen, auf die besonders eingegangen werden soll?

Falls es Ihnen möglich ist, Vorbefunde – sei es vom Ihrem Augenarzt, Hausarzt, Internisten oder Rheumatologen – mitzubringen, so wären wir Ihnen sehr dankbar.

Datum

Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Ihr Uveitis-Team