

## Fragebogen - Kinder

Name:
Geburtsdatum:
Name Hauptversicherter:
Anschrift:
Telefonnummer:
Kinderarzt:
Allgemeinerkrankungen:
Probleme bei Schwangerschaft / Geburt:
Neurodermitis / Allergien:
Medikamente:
Auffälligkeiten bei U-Untersuchungen:
Bisheriger Augenarzt:
Letzte Vorstellung dort:
Wurde Brille verordnet? Wann erstmals?
Wird Brille getragen?
Schielen / angeborene Sehschwäche:
Wurde ein Auge abgeklebt? Wann? Welches?
Untersuchung mit weiter Pupille erfolgt?
Augenoperationen/-Verletzungen:
Augentropfen:
Sonstige Augenerkrankungen:
Auffälligkeiten in Kindergarten / Schule:
Augenerkrankungen in der Familie:
Grund der aktuellen Vorstellung beim Augenarzt:

\_\_\_\_\_  
 Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift Patient/ Erziehungsberechtigter