

Augenanamnese Ihres Kindes-Bitte ausdrucken und zum Praxistermin mitbringen

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Telefonnummer: _____

Kinderarzt/Hausarzt: _____

War Ihr Kind schon einmal beim Augenarzt oder in einer Augenklinik?

Wenn ja, wann zuletzt _____ Monat/Jahr

Haben Sie bei Ihrem Kind ein Schielen beobachtet - oder Ihr Kinderarzt? Ja 0 Nein 0

Bemerkungen:

Trägt Ihr Kind eine Brille? Ja 0 Nein 0

Tragen Sie als Eltern eine Brille? Ja 0 Nein 0

Liegt ein Schielen bei Ihnen als Eltern oder bei den Geschwistern vor? Ja 0 Nein 0

Sonstige Bemerkungen:

Datum: _____ Unterschrift: _____

(Erziehungsberechtigte/r)