

## 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