

## Uveitis-Fragebogen

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum/-ort: \_\_\_\_\_

Name, Adresse und Telefonnummer des  
behandelnden Augenarztes \_\_\_\_\_

behandelnden Hausarztes \_\_\_\_\_

behandelnden Rheumatologen \_\_\_\_\_

Aktuelle Beschwerden? (Beginn, Verlauf und Ausprägung)

---

---

---

---

---

---

---

---

Welche diagnostischen und therapeutischen Schritte wurden bisher unternommen, an  
welchen Zentren haben Sie sich bereits vorgestellt? (evtl. Unterlagen mitbringen)

---

---

---

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit in welcher Dosierung ein?

---

---

Welche Augentropfen nehmen Sie zur Zeit in welcher Dosierung für welches Auge?

---

---

Hatten Sie in der Vergangenheit bereits einmal solche oder ähnliche Beschwerden? Wie wurden Sie damals behandelt?

---

---

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"/>

### Medikamentenanamnese

Wurden Sie bereits mit folgenden Medikamenten behandelt?

	Präparatname?	Wann?	Mit Erfolg?
Cortison-Augentropfen	_____	_____	_____
Andere Augentropfen	_____	_____	_____
Cortison-Tabletten	_____	_____	_____
Cortison-Infusion	_____	_____	_____
Cortison-Spritzen ans Auge	_____	_____	_____
Methotrexat	_____	_____	_____
Imurek	_____	_____	_____
Sandimmun	_____	_____	_____
CellCept	_____	_____	_____
Interferon	_____	_____	_____

Kam es bei einer der oben aufgeführten Behandlungen zu Nebenwirkungen, so dass die Therapie abgebrochen werden musste? Welche Art von Nebenwirkungen war das?

---

---

---

### Sozialanamnese

Alter: \_\_\_\_\_

Erlerner Beruf: \_\_\_\_\_

Ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_

Lebten Sie jemals außerhalb Deutschlands? Ja/Nein

Falls ja, wo? \_\_\_\_\_

Stammen Ihre Eltern aus Deutschland? Ja/Nein

Falls nein, woher? \_\_\_\_\_

Haben Sie größere Auslandsreisen unternommen? Ja/Nein

Falls ja, wohin? \_\_\_\_\_

Hatten Sie oder Ihre engere Umgebung jemals eigene (Haus-)Tiere? Ja/Nein

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

Hatten Sie jemals einen Zeckenbiss? Ja/Nein

Haben Sie jemals ungekochtes Fleisch oder Würste gegessen? Ja/Nein

Haben Sie jemals unpasteurisierte Milch getrunken? Ja/Nein

Haben Sie rauchen Sie oder haben Sie jemals geraucht? Ja/Nein

Falls ja, wie viel und seit wann? \_\_\_\_\_

Haben Sie jemals Drogen selbst genommen oder engen Kontakt zu Drogenabhängigen gehabt? Ja/Nein

Hatten Sie jemals bisexuelle oder homosexuelle Beziehungen? Ja/Nein

Liegt eine HIV-Infektion vor? Ja/Nein

Haben Sie Allergien? Ja/Nein

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

### Augenanamnese

Haben Sie früher auf beiden Augen gleich gut gesehen? Ja/Nein

Falls nicht, welches Auge war schon immer das schlechtere?

Haben Sie als Kind geschielt? Ja/Nein

Haben Sie eine Fernbrille? Ja/Nein Seit wann? \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Lesebrille? Ja/Nein Seit wann? \_\_\_\_\_

Wurden Sie jemals an den Augen operiert? Ja/Nein  
Falls ja, welche Operation, welches Auge und wann?

---

---

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

---

---

Hatten Sie jemals eine schwere Augenverletzung? Ja/Nein  
Wurde bei Ihnen jemals ein erhöhter Augeninnendruck festgestellt? Ja/Nein  
Falls ja, welcher Grund wurde dafür gefunden?

---

---

Hatten Sie jemals eine Entzündung der Augen? Ja/Nein  
Gibt es in Ihrer Familie schwere Augenerkrankungen?

---

---

### **Bisherige Untersuchungen**

Wann wurde letztmals Ihre Lunge geröntgt? \_\_\_\_\_  
Gab es hierbei Hinweise für Sarkoidose, Tuberkulose oder andere Erkrankungen?

---

---

Wurde Ihr Blut jemals auf Rheumafaktoren untersucht? Ja/Nein  
Falls ja, mit welchem Ergebnis?

---

---

Sind Sie HLA B27 positiv? Ja/Nein  
Wurden Sie jemals von einem Rheumatologen untersucht? Ja/Nein  
Falls ja, mit welchem Ergebnis?

---

Wurde jemals eine Schichtaufnahme Ihres Kopfes durchgeführt (MRT, CT)? Ja/Nein  
Falls ja, mit welchem Ergebnis?

---

### Familienanamnese

Ist bei Ihnen oder in Ihrer Familie eine der folgenden Erkrankungen bekannt?

	Patient	Familie
Chronische Rückenschmerzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
M. Bechterew?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rheuma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gelenkentzündungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Multiple Sklerose?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lupus erythemathodes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vaskulitis?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sklerodermie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sarkoidose?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
M. Crohn?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colitis ulcerosa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes mellitus?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzinfarkt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlaganfall?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
M. Behcet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuberkulose?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Borreliose?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herpes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere Erkrankungen?		

---

---

Wurden Sie jemals außerhalb des Auges operiert? Ja/Nein  
Falls ja, welche Operation und wann?

---

---

Fand bei Ihnen jemals eine Krankenhausbehandlung statt? Ja/Nein

Wenn ja, weshalb und wo?

---

---

Wurde bei Ihnen jemals eine Kurbehandlung durchgeführt? Ja/Nein

Falls ja, wegen welcher Erkrankung, wo und wann?

---

Wie sind Sie zur Uveitis-Sprechstunde der Augenklinik Bonn gekommen?

---

---

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

---

---

---

Falls es Ihnen möglich ist, Vorbefunde – sei es von Ihrem Augenarzt, Hausarzt oder Internisten – zu organisieren, so wären wir Ihnen sehr dankbar!

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Prof. Dr. Löffler, Oberärztin der Klinik

Uveitis-Sprechstunde