

Naam patiënt:

Vragenlijst raadpleging Oogziekten

1. Heeft U ooit ernstige problemen gekend met uw ogen? JA NEE
Zo ja welke? Wanneer?

2. Heeft U ooit al operaties / laserbehandeling gehad aan uw ogen? JA NEE
Zo ja welke? Wanneer?

3. Neemt U oogdruppels? Of andere medicatie, bv. voor bloeddruk? JA NEE
Zo ja welke? Hoe vaak?

4. Heeft U Diabetes? JA NEE
Zo ja, sinds wanneer? _____

5. Heeft u andere belangrijke gezondheidsproblemen? JA NEE
Zo ja welke?

5. Bent U allergisch aan medicatie/kleurstoffen/voedingsmiddelen? JA NEE
Zo ja aan welke?

6. Komen er oogproblemen in de familie voor? JA NEE
Zo ja welke?
