

**Patienten-  
Erhebungsbogen**  
(\* = freiwillige Angaben)



Facharzt für  
Augenheilkunde

Dr. med. Carsten Stümke

- Ganzheitliche Augenheilkunde
- Augenärztliche Vorsorge
- Ernährungsanalysen
- Vitalstoffmedizin
- Ganzheitliche Prävention

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

für eine umfassende und ganzheitliche Behandlung benötigen wir Angaben zu Augenvorerkrankungen, zu allgemeinen Krankheiten und zu Medikamenten. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen.

**Patient:** .....  
(Name) (Vorname) (Geburts-Datum)

**Hausarzt\*:** ..... **Beruf\*:** ..... h pro Woche: ....., **Größe:** ..... cm, **Gewicht:** ..... kg

Tragen Sie eine Brille?  ja /  nein      Kontaktlinsen?  ja /  nein      Fahren Sie Auto?  ja /  nein

Haben Sie in der Kindheit geschielte?  ja /  nein      Arbeiten Sie am Computer?  ja /  nein

**Bisherige Augenerkrankungen:** .....

Operationen (Auge)?  ja /  nein      Wenn ja: .....

Rauchen Sie?  ja /  nein /  aufgehört      Wenn ja: Wie viel am Tag?      Seit wann?

Treiben Sie Sport?  ja /  nein      Wenn ja: Wie viele Stunden pro Woche? .....

Haben Sie Kinder?\*  ja /  nein      **für Frauen:** Sind Sie schwanger?  ja /  nein      Stillen Sie?  ja /  nein

Allergien/auch gegen Medikamente?  ja /  nein      Wenn ja, welche: .....

➤ Haben oder hatten Sie eine der folgenden **Erkrankungen / Infektionen?**

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck        | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> Herzkrzgefäßverengungen | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher      |
| <input type="checkbox"/> erhöhtes Cholesterin | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt           | <input type="checkbox"/> Schlafapnoe             | <input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck    |
| <input type="checkbox"/> kalte Hände / Füße   | <input type="checkbox"/> Tinnitus              | <input type="checkbox"/> Rheuma                  | <input type="checkbox"/> neurolog. Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen      | <input type="checkbox"/> Thrombose             | <input type="checkbox"/> Migräne                 | <input type="checkbox"/> Diabetes               |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis / HIV      | <input type="checkbox"/> Epilepsie             | <input type="checkbox"/> Arthrose                | <input type="checkbox"/> Reizdarm               |
| <input type="checkbox"/> sonstiges: .....     | <input type="checkbox"/> Osteoporose           | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkr.       | <input type="checkbox"/> Asthma / COPD          |
|   |  | <input type="checkbox"/> Krebskrankungen         |   |

Leiden Sie unter Schlafstörungen?  ja /  nein      Wenn ja, an wie vielen Tagen pro Woche? .....

➤ Haben Sie Interesse an **präventiver Medizin** zur Erhaltung Ihrer Gesundheit?  ja /  nein

➤ Nehmen Sie gegenwärtig **Medikamente** (Tabletten, Augentropfen, Pille, ASS) ein?  ja /  nein

Wenn ja: .....

➤ Traten in Ihrer **Verwandtschaft** folgenden Erkrankungen auf?

- |  |   |                                      |                                       |                                     |
|--|---|--------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> neurolog. Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Diabetes   |
| <input type="checkbox"/> Tinnitus      | <input type="checkbox"/> Asthma / COPD          | <input type="checkbox"/> Allergien   | <input type="checkbox"/> Grüner Star  | <input type="checkbox"/> Makuladeg. |

➤ **Kontakt zu unserer Praxis / Empfehlung durch\*:** .....

- Arzt     Familie     Bekannte(r)     Telefonbuch     Zeitung     Internet     Praxisschild     Sonstiges

Transparente Informationen zum Schutz Ihrer Daten, deren Nutzung samt Ihrer Rechte können Sie auf unserer Homepage und auch hier in der Praxis einsehen; bei Fragen wenden Sie sich gerne an uns.

➤ Dürfen wir Ihnen zum Abschluss als besonderen Service unseren **Gesundheits-Brief** per E Mail mit neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen zu Gesundheit und Vorsorge sowie aktuellen Praxisinformationen zusenden?  
Sie können dies jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

E-Mail-Adresse: .....

ja /  nein      Name/Vorname des Empfängers\*: .....

Geburtsdatum\*: .....

Ich versichere, dass die obengenannte E-Mail-Adresse meiner Person zugeordnet ist.

..... - 20 .....

(Datum)

.....  
(Unterschrift des Patienten/der Patientin)