

ERHEBUNGSBLATT

ZUNAME:

VORNAME:

TITEL:

AKAD. GRAD:.....

BERUF:

ADRESSE

Straße:

PLZ: **Wohnort:**.....

Nationalität:

GEB. AM:

TELEFON

Privat

Büro

Fax

E-MAIL

Facebook-Name.....

HANDY

Terminreminderung gewünscht per:

SMS

E-Mail

Brief/Post

VERSICHERUNG

Pflichtversicherung
Versicherungsnummer

Mitversichert bei
Geb. am: **Vers.-Nummer:**
Verwandtschaftsgrad

Zusatzversicherung (Privatversicherung).....

Erkrankungen in der Familie:

- Augenkrankheiten der Eltern und Geschwister, an denen Sie auch leiden:
.....
- Nicht-Augenkrankheiten der Eltern und Geschwister, an denen Sie auch leiden:
.....
- KEINE Erkrankungen in der Familie

Eigene Krankheiten:

Kinderkrankheiten:

- Mumps
- Masern
- Windpocken
- Röteln
- Andere:
- KEINE Kinderkrankheiten

Spätere Krankheiten:

- Unfälle:.....
- Operationen:.....
- Andere:.....
- KEINE späteren Krankheiten

Derzeitige Krankheiten:

- Diabetes
- Herzkrankheiten
- Magenkrankheiten
- Rheuma
- Hoher Blutdruck
- Nervenkrankheiten
- Andere Krankheiten:
- KEINE aktuellen Krankheiten

Haben Sie Allergien?

- Gegen:.....
- KEINE Allergien

Welche Medikamente (nicht für Augen) verwenden Sie?

-
-
- KEINE Medikamente

Bestehen Risikofaktoren?

- Zustand nach Schlaganfall
- Zustand nach Herzinfarkt/Bypass/Stent-OP
- Blutgerinnungsstörungen
- Hoher Blutdruck
- Erhöhte Blutfette
- Epilepsie
- Psychische Erkrankungen
- KEINE Risikofaktoren

Nehmen Sie folgende Medikamente?

- Sintrom
- Marcoumar
- Thrombo ASS
- Plavix
- Heparintherapie (Lovenox, Fragmin, etc.)
- KEINE der genannten Medikamente

Befragung zu Ihren Augen:

Welche AUGENPROBLEME haben Sie?

.....
.....

- KEINE Augenprobleme

AUGEN-OPERATIONEN ?

.....

- KEINE Augenoperationen

Gibt es ähnliche BESCHWERDEN in Ihrer Familie?

- Ja
- Nein

Tragen Sie eine BRILLE?

- Fernbrille
- Lesebrille
- Andere (Gleitsicht/Bifokal)
- KEINE Brille

Wer hat Ihre letzte Brille bestimmt?

- Optiker
- Augenarzt
- Wann?

Tragen Sie KONTAKTLINSEN?

- Harte
- Weiche
- KEINE

Wer hat Ihre Kontaktlinse bestimmt?

- Optiker
- Augenarzt

Trageprobleme ?

.....

Seit wann?

- Keine Trageprobleme

Wer ist Ihr HAUSARZT?

Name:

Strasse:

Postleitzahl/Ort:

Wer ist Ihr AUGENARZT?

Name:

Strasse:

Postleitzahl/Ort:

Wann war Ihre letzte AUGENKONTROLLE?

Wer ist Ihr OPTIKER?

in:

**Haben Sie uns schon einmal einen augenärztlichen
BEFUNDBERICHT geschickt?**

- Ja
- Nein

**Wurde bei Ihnen der AUGENDRUCK schon einmal
gemessen?**

- Ja
- Nein
- Weiß nicht

Wenn ja, war er normal?

- Ja
- Nein
- Weiß nicht

**Wurde die NETZHAUT an Ihrem Auge schon einmal
untersucht?**

- Ja
- Nein
- Weiß nicht

**Welche AUGENTROPFEN (Augenmedikamente) nehmen
Sie?**

- derzeit:
- früher:
- KEINE Augenmedikamente

Was erwarten Sie sich von der heutigen Untersuchung?

.....
.....
.....

Wodurch wurden Sie auf uns aufmerksam ?

Wer hat uns empfohlen? Bitte um GENAUE Angabe von Namen und Adresse, da wir uns bedanken möchten. Oder, wie kamen Sie sonst zu unserer Adresse?

- Hausarzt
- Optiker
- Augenarzt
- Familie / Bekannte
- Zeitung (Welche?)
- Fernsehen (Welche Sendung?)
- Internet
- Informationsabend
- Informationskärtchen
- Andere

Haben Sie uns auf unserer **HOMEPAGE besucht, bevor Sie unser Patient wurden?**

- Ja
- Nein

Wenn ja, war die Beurteilung der Homepage mitentscheidend für Ihre Terminvereinbarung?

- Ja
- Nein

Wollen Sie auf elektronischem Wege weitere Informationen erhalten?

- Ja
- Nein

BEHANDLUNGS- und HONORARVEREINBARUNG

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Voruntersuchungen durch entsprechend geschultes Personal oder durch meine Assistenzärzte durchgeführt werden. Um lange Wartezeiten zu vermeiden und um Ihre Betreuung zu gewährleisten, werden Behandlungen und Kontrollen auch von meinen Assistenzärzten übernommen.

Alle telefonischen Auskünfte und Mitteilungen sind unverbindlich und ohne Gewähr, für diese wird keinerlei Haftung übernommen.

Sie haben die Möglichkeit die Honorarnote sofort bei uns zu begleichen mittels Bankomatkarte, Kreditkarten oder bar.

Bezahlte Honorarnoten können der jeweiligen Pflichtversicherung zur Teilrefundierung vorgelegt werden.

Ich erkläre mich mit dieser Honorarvereinbarung einverstanden.

Als Gerichtsstand wird Wien vereinbart.

Datum: Unterschrift:

Haftpflichtversicherung

Die Haftung der Zirm Privatklinik GmbH bzw. von Herrn Univ.-Prof. Dr. Mathias Zirm bzw. seinen nachgeordneten Ärzten wird im Rahmen der sich aus dem mit dem Patienten abgeschlossenen Behandlungsvertrag ergebenden Verpflichtung der Zirm Privatklinik GmbH bzw. von Herrn Univ.-Prof. Dr. Mathias Zirm mit einem Betrag von € 5 Millionen (ATS 68.801.500,00) bzw. für den Fall einer darüber hinaus gegebenen Deckung der jeweiligen Haftpflichtversicherung mit dem tatsächlich vom Haftpflichtversicherer geleisteten Betrag beschränkt, soweit seitens der Zirm Privatklinik GmbH bzw. seitens Herrn Univ.-Prof. Dr. Mathias Zirm nicht Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zu vertreten sind.

Ort:

Datum:.....

Unterschrift des Patienten: