

# ERHEBUNGSBLATT

<b>ZUNAME</b>	
<b>VORNAME</b>	
TITEL	
AKAD. GRAD	
BERUF	
GEBURTSDATUM	
<b>ADRESSE</b>	
Straße	
PLZ	
Wohnort	
<b>TELEFON</b>	
Handy	
Zusatz	
E-mail	
<b>VERSICHERUNG</b>	
Pflichtversicherung	
Versicherungsnr.	
Zusatzversicherung	

Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten?
<input type="radio"/> Diabetes
<input type="radio"/> Herzkrankheiten
<input type="radio"/> Magenkrankheiten
<input type="radio"/> Rheuma
<input type="radio"/> erhöhter Blutdruck
<input type="radio"/> Nervenkrankheiten
<input type="radio"/> Andere Krankheiten
<input type="radio"/> Ich leide an keinen aktuellen Krankheiten

Wurden Allergien beobachtet?
<input type="radio"/> Gegen _____
<input type="radio"/> Keinerlei Allergien bekannt

Welche Medikamente nehmen Sie zu sich?
<input type="radio"/> Ich nehme keine Medikamente

Nehmen Sie eines der folgenden Medikamente?
<input type="radio"/> Sintrom
<input type="radio"/> Marcoumar
<input type="radio"/> Thrombo ASS
<input type="radio"/> Colfarit
<input type="radio"/> Keines der genannten Medikamente

Besteht einer oder mehrere der folgenden Risikofaktoren?
<input type="radio"/> Epilepsie
<input type="radio"/> Schlaganfall
<input type="radio"/> Herzinfarkt
<input type="radio"/> Blutgerinnungsstörungen
<input type="radio"/> Erhöhter Blutdruck
<input type="radio"/> Erhöhte Blutfette
<input type="radio"/> Es bestehen keine Risikofaktoren

Wer ist Ihr Hausarzt?	
Name	_____
Straße	_____
PLZ/Ort	_____

Wer hat uns empfohlen?	
<input type="radio"/> Arzt	_____
<input type="radio"/> Kosmetikinstitut	_____
<input type="radio"/> Bekannte	_____
<input type="radio"/> Zeitung	_____
<input type="radio"/> Fernsehen	_____
<input type="radio"/> Internet	_____
<input type="radio"/> Informationsabend/Informationskärtchen	
<input type="radio"/> Anderes	

Haben Sie uns auf unserer Homepage besucht, bevor Sie unser Patient wurden?	
<input type="radio"/> Ja	
<input type="radio"/> Nein	

Wenn ja, war die Beurteilung der Homepage mitentscheidend für Ihre Terminvereinbarung?	
<input type="radio"/> Ja	
<input type="radio"/> Nein	

Was erwarten Sie von der heutigen Behandlung?	

## BEHANDLUNGS - und HONORARVEREINBARUNG

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Voruntersuchungen durch entsprechend geschultes Personal oder 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.

Die Abrechnung der Leistungen erfolgt nach den derzeit gültigen Tarifen.

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

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und akzeptiere die Honorarvereinbarung mit der ZIRM Privatlinik bzw. den in ihr tätigen Ärzten.

Als Gerichtsstand wird Wien vereinbart.

Datum

**Unterschrift**

## HAFTUNGSVEREINBARUNG

Die Haftung der ZIRM Privatklinik GmbH bzw. von Herrn Univ.-Prof. Dr. Mathias Zirm bzw. seinen nachgeordneten Ärzten wird im Rahmen der sich aus der mit dem Patienten abgeschlossenen Behandlungsvereinbarung ergebenden Verpflichtung der ZIRM Privatklinik GmbH bzw. von Herrn Univ.-Prof. Dr. Mathias Zirm mit einem Betrag von € 2.000.000,00 (ATS 27.520.600,00) 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 krass grobe Fahrlässigkeit zu vertreten sind.

Datum

Unterschrift

## Absage von Terminen

Bei Terminabsagen bis 2 Wochen vor der geplanten Operation, werden dem Patienten die bis zum Zeitpunkt der Absage entstandenen Kosten weiterverrechnet.

Datum

Unterschrift