

ERHEBUNGSBLATT

Zuname:

Vorname:

Titel: **Beruf:**

Straße:

PLZ: **Wohnort:**

Nationalität:

Geb. am:

Telefon: Privat / Mobil:

Büro:

E-Mail:

Facebook:

Terminreminder per:

☐ **E-Mail** oder ☐ **SMS** oder ☐ **Brief** (wenn kein E-Mail
oder Handy vorhanden)

Pflichtversicherung:

Versicherungsnummer:

Mitversichert bei:

Geb. am: **Vers.-Nr:**

Verwandtschaftsgrad:

Zusatzversicherung:
(Privatversicherung)

Familienanamnese:

- ☐ Augenkrankheiten der Großeltern, Eltern und Geschwister:

.....
.....

- ☐ andere Erkrankungen der Großeltern, Eltern und Geschwister:

.....
.....

- ☐ KEINE Erkrankungen in der Familie

Eigene Krankheiten:

Kinderkrankheiten:

- | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ Mumps | ☐ Scharlach |
| ☐ Masern | ☐ Diphtherie |
| ☐ Windpocken | ☐ Keuchhusten |
| ☐ Röteln | |

- ☐ Andere:

- ☐ KEINE Kinderkrankheiten

Spätere Krankheiten:

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

Derzeitige Krankheiten:

- | | |
|--|---|
| ☐ Diabetes | ☐ Herzkrankheiten |
| ☐ Magenkrankheiten | ☐ Rheuma |
| ☐ Hoher Blutdruck | ☐ Nervenkrankheiten |

- ☐ Andere:

- ☐ 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 | von wem? | ☐ Optiker |
| ☐ Weiche | | ☐ Augenarzt |

☐ KEINE

Trageprobleme?

☐ Nein

☐ Ja welche:

Seit wann?

Bestätigt durch:

☐ Optiker

☐ Augenarzt

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 (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

Möchten Sie auf elektronischem Wege weitere Informationen erhalten?

- ☐ über Facebook
- ☐ über Newsletter
- ☐ Nein

BEHANDLUNGS- und **HONORARVEREINBARUNG**

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

Alle telefonischen Auskünfte und Mitteilungen sind unverbindlich und ohne Gewähr, für diese wird keinerlei Haftung übernommen. Diese sind nur bei ausreichender Legitimation (z.B. Geburtsdatum) möglich.

Wir ersuchen Sie die Honorarnote am Ende der Behandlung mittels Bankomatkarte, Kreditkarten oder bar zu begleichen.

Bezahlte Honorarnoten können der jeweiligen Pflichtversicherung zur Teilrefundierung vorgelegt werden.

Ich erkläre mich mit dieser Honorarvereinbarung einverstanden.

Als Gerichtsstand wird Wien vereinbart.

Datum: Unterschrift:

Haftpflichterklärung des behandelnden Arztes:

Die Haftung der Zirm Privatlinik GmbH bzw. von Herrn Univ.-Prof. Dr. Mathias Zirm wird im Rahmen der sich aus dem mit dem Patienten abgeschlossenen Behandlungsvertrag ergebenden Verpflichtung der Zirm Privatlinik GmbH bzw. von Herrn Univ.-Prof. Dr. Mathias Zirm auf den vom Haftpflichtversicherer zu leistenden Betrag beschränkt, soweit seitens der Zirm Privatlinik GmbH bzw. seitens Herrn Univ.-Prof. Dr. Mathias Zirm nicht Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zu vertreten sind.

Zur Kenntnis genommen:

Ort: Datum:

Unterschrift des Patienten:

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten!

Wir weisen Sie darauf hin, dass die Wartezeiten nicht nur aufgrund Ihres Eintreffens in der Ordination, sondern auch aufgrund der Art Ihrer Untersuchung zustande kommen.

Da diese im Aufwand und Ablauf sehr unterschiedlich sind, kommt es auch zum Teil zu sehr unterschiedlichen Wartezeiten.

Zur Kenntnis genommen:

Datum: Unterschrift: