



Bitte den ausgefüllten Anamnesebogen, speichern, drucken und zu Ihrem Termin mitnehmen oder vorab das gespeicherte PDF an praxis@dr-rezanka.at mailen (Betreff: „Anamnesebogen“).

Wir weisen Sie darauf hin, dass die Angaben auf dem Anamnesebogen freiwillig sind!

Patientendaten:

Nachname	Vorname
Anschrift	PLZ/Ort
Telefon	E-Mail
Kasse/Versicherung	Vers.-Nr.
Geb.-Datum (TT.MM.JJJJ)	Hausarzt (Name)

AUGENANAMNESE

Tragen Sie eine Brille?

nein ja Wenn ja: Ferne Nähe Gleitsicht Computer

Tragen Sie Kontaktlinsen?

nein ja Wenn ja: weiche harte/formstabile

Ist ein Grüner Star (Glaukom) bekannt?

nein ja Wenn ja: Tropftherapie? _____

Ist eine Netzhautverkalkung (Makuladegeneration) bekannt?

nein ja Bereits behandelt: nein ja

Wurden Sie bereits an den Augen operiert oder gelasert?

nein ja Wann? _____ Wo? _____
Welche OP? _____

Hatten Sie bereits eine Verletzung an den Augen?

nein ja Welche _____
Wann? _____ Wo behandelt? _____

Gibt es familiär Augenerkrankungen?

nein ja nicht bekannt
Wenn ja: Welche? _____

ALLGEMEINE ANAMNESE

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

Diabetes melitus Typ I oder II	Bluthochdruck	Schilddrüsenerkrankungen
Herzrhythmusstörungen	niederer Blutdruck	Herzinfarkt
Schlaganfall	Migräne	Thrombose
rheumatische Erkrankungen	Multiple Sklerose	Krebserkrankungen
Infektionserkrankungen (z. B. chronische Hepatitis, HIV)		
Sonstige Erkrankungen: _____		

Sind Allergien oder Medikamenten-Unverträglichkeiten bekannt?

nein ja Welche? _____

Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung?

nein ja Welche? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

nein ja Welche? _____

Haben Sie sonstige Bemerkungen, Anregungen oder wichtige Mitteilungen für uns?

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Frau Dr. Katharina Rezanka und deren Vertretung meine persönlichen Stammdaten (Name, Geburtsdatum, Sozialversicherungsdaten, usw.) sowie meine Gesundheitsdaten (Krankheitsverlauf, Diagnostik, Befundung, Therapie, Vorsorge usw.) zum Zwecke meiner ärztlichen Behandlung speichern darf. Mir ist bekannt, dass einem Antrag des Patienten auf Löschung von Daten aus der Patientenkartei, aufgrund des § 51 Abs. 3 Ärztegesetz erst nach Ablauf der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungspflicht (10 Jahre bzw. in Sonderfällen 30 Jahre) entsprochen werden kann.

Ich stimme zu, dass Frau Dr. Rezanka personenbezogene Daten (Sozialversicherungsnummer, Geburtsdatum, Adresse, Diagnose und damit zusammenhängende Angaben) an andere Ärzte oder medizinische Einrichtungen, in deren Behandlung ich mich befinde oder begeben, insbesondere zum Zweck der Befunderstellung übermitteln darf. Weiters stimme ich zu, dass Frau Dr. Rezanka bei Zuweisungen zu anderen Ärzten oder medizinischen Einrichtungen einen Befundbericht über das Ergebnis der Zuweisung erhält.

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der Übermittlung meiner Daten bleibt bis zum Einlangen des Widerrufs davon unberührt.

Datum | Ort

Unterschrift Patient/in | gesetzlicher Vertreter