



**Bitte den ausgefüllten Anamnesebogen, speichern, drucken und zu Ihrem Termin mitnehmen oder vorab das gespeicherte PDF an [praxis@dr-rezanka.at](mailto: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 Patientenakte, 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