



Anmeldung eines Patienten zur Operation
in der Augenklinik der Universitätsmedizin Rostock

Patientendaten			
Name	_____	Vorname	_____
Geburtsdatum	_____	Telefonnummer	_____
PLZ und Wohnort:	_____		
Straße u. Haus-Nr.:	_____		
Operation			
<input type="checkbox"/> Cataract-OP ambulant	<input type="checkbox"/> Schiel-OP	<input type="checkbox"/> Lid-OP (ambulant)	
<input type="checkbox"/> Cataract-OP stationär	<input type="checkbox"/> Orbita-OP	<input type="checkbox"/> Lid-OP (stationär)	
<input type="checkbox"/> PpV	<input type="checkbox"/> 24-h-Tagestensio profil	<input type="checkbox"/> Keratoplastik / DMEK/ DALK	
<input type="checkbox"/> Glaukom-OP	<input type="checkbox"/> Laserchirurgie	<input type="checkbox"/> Abrasio/Crosslinking	
<input type="checkbox"/> intravitreale Injektion	<input type="checkbox"/> Tumorexzision	<input type="checkbox"/> Pterygium	
<input type="checkbox"/> Kryotherapie	<input type="checkbox"/> Tränenwegs-OP	<input type="checkbox"/>	
Dringlichkeit			
<input type="checkbox"/> elektiv	<input type="checkbox"/> dringend		
Wichtige Informationen			
<input type="checkbox"/> besondere pflegerische Situation	<input type="checkbox"/> O2-Konzentrator	<input type="checkbox"/> Betreuer	
<input type="checkbox"/> Alleinlebend	<input type="checkbox"/> Schlafapnoe	<input type="checkbox"/> Pflegestufe	
<input type="checkbox"/> eingeschränkt gehfähig	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Ambulanter Pflegedienst	
<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> MRSA / MRE o.ä.	<input type="checkbox"/> Dolmetscher erforderlich	
<input type="checkbox"/> Demenzielle Erkrankung	<input type="checkbox"/> Chronische Wunden		
<input type="checkbox"/> Weglauftendenz	<input type="checkbox"/> Antikoagulanz, welches	_____	
	<input type="checkbox"/> Allergien, welche	_____	

Terminvergabe			
Praxisstempel Absender / Augenarzt	OP-Termin am		
	Rückmeldung an Praxis		
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	Rückmeldung an Patienten		
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		