



**Faxanmeldung: 0381/4948592**

Anmeldung eines Patienten zur Operation  
in der Augenklinik der Universitätsmedizin Rostock

Patientendaten		
Name	_____	Vorname _____
Geburtsdatum	_____	Telefonnummer _____
PLZ und Wohnort:	_____	
Straße u. Haus-Nr.:	_____	
<b>Diagnose:</b>	<b>Visus:</b>	
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"/> Antikoagulanzen, welches _____	
	<input type="checkbox"/> Allergien, welche _____	
Terminvergabe		
Praxisstempel Absender / Augenarzt	<b>OP-Termin am</b>	
	<b>Rückmeldung an Praxis</b>	
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<b>Rückmeldung an Patienten</b>	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	