

Patientenanmeldung zur Operation

Anrede:

Name: Vorname:

Geburtsdatum: Krankenkasse:

Telefon: Mobil:

Adresse:

E-Mail:

Diagnose:

Eingriff: ☐ Ambulant ☐ Stationär ☐ Allgemein ☐ Halbprivat ☐ Privat

Termin: ☐ dringend ☐ Normaltermin

Operation: ☐ OD ☐ OS ☐ OU

☐ Katarakt (Grauer Star)

☐ Andere:

Anästhesie: ☐ Lokal ☐ Vollnarkose

Operateur: ☐ Prof. Dr. N. A. Feltgen ☐ Prof. Dr. K. Gugleta ☐ Prof. Dr. Z. Gkatziofas
☐ Prof. P. Meyer ☐ Dr. J. Callizo Planas ☐ Prof. Dr. A. Palmowski-Wolfe
☐ Prof. Dr. C. Auw-Hädrich

Biometrie: ☐ Ja ☐ Nein, schon vorhanden (Bitte beilegen)

Nachkontrolle in der Augenklinik: ☐ Ja, gerne am ____ Tag postoperativ ☐ Nein

Bemerkungen:

Datum: Stempel/Unterschrift
anmeldende/r Ärztin/Arzt

