

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. Gkazioufas Prof. P. Meyer Dr. J. Callizo Planas Prof. Dr. A. Palmowski-Wolfe

Prof. Dr. C. Auw-Hädrich Dr. F. Roulez

Dr. K. Pfau Dr. F. Yahya Dr. D. Danielewicz Dr. D. Starosta

Biometrie: Ja Nein, schon vorhanden (Bitte beilegen)

Nachkontrolle in der Augenlink: Ja, gerne am ____ Tag postoperativ Nein**Bemerkungen:**Datum: _____ Stempel/Unterschrift
anmeldende/r Ärztin/Arzt _____