

Patientenanmeldung zur Operation

Anrede:**Name:** _____**Vorname:** _____**Geburtsdatum:** _____**Krankenkasse:** _____**Telefon:** _____**Mobil:** _____**Adresse:** _____**E-Mail:** _____**Diagnose:** _____**Eingriff:** **Ambulant** **Stationär:** Allgemein Halbprivat Privat**Termin:** dringend baldmöglichst Wunschtermin: _____**Operation:** **OD** **OS** **OU** Katarakt (Grauer Star) Andere: _____**Anästhesie:** Lokal Vollnarkose**Operateur:** Prof. H. Scholl Prof. C. Prünke Prof. Z. Gkatzioufas Prof. K. Gugleta PD Dr. P. Hasler Prof. P. Meyer Prof. A. Palmowski-Wolfe Prof. U. Schneider Dr. F. Roulez Dr. M. Althaus Dr. H. Camenzind Dr. F. Häring Dr. A. Reinhold Dr. S. Rothenbühler **Biometrie:** Ja Nein, schon vorhanden (Bitte beilegen)**Nachkontrolle in der Augenlinik:** Ja, gerne am ____ Tag postoperativ Nein**Bemerkungen:**Datum: _____ Stempel/Unterschrift
anmeldende/r Ärztin/Arzt _____