

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 (ab Oktober 2024) Dr. F. Roulez

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

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 _____