

Universitätsmedizin Greifswald
Klinik und Poliklinik für Augenheilkunde
Ferdinand Sauerbruchstraße
17475 Greifswald
Fax-Anmeldung: 03834/ 865999

Praxisstempel

Ambulanz

- allg. Poliklinik
- Netzhaut-/ Lasersprechstunde
- Kataraktsprechstunde
- Sehschule/ Orthoptik
- Elektrophysiologie
- Ultraschall
- Privat

Station

- OT-TP

OP- Wunsch

- in Lokalanästhesie
- in Allgemeinanästhesie

Name:

Geburtsdatum:

Telefonnummer des Patienten:

Dringlichkeit: innerh. 1 Woche innerh. 2-4 Wochen innerh. von ¼ Jahr

aktuelle Diagnose: _____

Zuweisungsgrund: _____

Relevante allgemeine Diagnosen: Diabetes mellitus Asthma bronchiale art. Hypertonus

Niereninsuffizienz M. Parkinson Myokardinfarkt Apoplex Thrombose

Allergie:

ASS Falithrom andere Gerinnungshemmer:

Obetret pflegebedürftig Rollstuhl MRSA-Verdacht *

* MRSA-Risikofaktoren: enger Kontakt zu MRSA-Patienten, Pflegeheim, Krankenhausaufenthalt auf einer Intensivstation, Chemotherapie, Strahlentherapie, chronische Wunden, Dialysepatienten, Patienten mit Katheter, landwirtschaftliche Tiermast, Pat. lebt dauerhaft im Ausland, Kontakt mit dem Gesundheitssystem in anderen Ländern

Bitte veranlassen Sie, dass der Patient einen aktuellen Medikamentenplan mitbringt!

Patient terminiert am (wird von der Augenklinik ausgefüllt. Sie erhalten eine Faxbestätigung, _____)