

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



Praxisstempel

Universitätsmedizin Greifswald
 Klinik und Poliklinik für Augenheilkunde
 Ferdinand-Sauerbruch-Straße 17475
 Greifswald

Faxanmeldung 03834 / 86 5999

Ambulanz

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

Station

OT-TP

OP- Wunsch

- in Lokalanästhesie
- in Allgemeinanästhesie

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.) :
