

Universitätsmedizin Greifswald
Klinik und Poliklinik für Augenheilkunde
Ferdinand Sauerbruchstraße
17475 Greifswald

Fax-Anmeldung: 03834/ 865999

Praxisstempel

Ambulanz

- allg. Poliklinik
- Netzhaut-/ Laser
- Katarakt
- Glaukom
- Lid
- Ultraschall
- Sehschule/ Orthoptik
- Elektrophysiologie

- Privatsprechstunde Prof. Stahl

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: _____

Besonderheiten: _____

Gerinnungshemmer: _____

betreut 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 / die Patientin einen aktuellen Medikamentenplan mitbringt.

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