

Anmeldung Augen OP - Franziskus Spital Margareten

Anmeldung durch

Ärztin/ Arzt/ Ordination (Stampiglie)	
---	--

Stammdatenblatt

Nachname		Vorname		<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Geb. Dat.		Soz. Vers. Nr.		Versicherung
Straße		PLZ		Ort
Telefon PatientIn				
Kontaktaufnahme mit	<input type="checkbox"/> PatientIn	<input type="checkbox"/> AnmelderIn, Telefonnummer:		

Informationen zur Aufnahme

Anmeldung für	<input type="checkbox"/> allg. Klasse <input type="checkbox"/> Sonderklasse <input type="checkbox"/> selbstzahlend	Zusatzversicherung	
Aufnahmeart	<input type="checkbox"/> stationäre Aufnahme <input type="checkbox"/> tagesklinischer Aufenthalt <input type="checkbox"/> ambulante Vormerkung		
Allergie	<input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Pflaster <input type="checkbox"/> sonst:	Risiko	<input type="checkbox"/> Blutverdünnung <input type="checkbox"/> Insulinpflicht

Informationen zum geplanten Eingriff

OperateurIn	<input type="checkbox"/> siehe AnmelderIn	
Bemerkungen zur Operation <i>(Abweichung vom Standard)</i>		

Linkes Auge (1. Auge 2. Auge)

Rechtes Auge (1. Auge 2. Auge)

Diagnose	OP Eingriff	Diagnose	OP Eingriff
<input type="checkbox"/> Cataracta senilis <input type="checkbox"/> Blepharochalasis <input type="checkbox"/> Strabismus <input type="checkbox"/> Glaskörpertrübung <input type="checkbox"/> Chalazion <input type="checkbox"/> Makuladegeneration	<input type="checkbox"/> Cataract OP <input type="checkbox"/> Lid OP <input type="checkbox"/> Schiel OP <input type="checkbox"/> Vitrektomie <input type="checkbox"/> Chalazion Entfernung <input type="checkbox"/> IVOM	<input type="checkbox"/> Cataracta senilis <input type="checkbox"/> Blepharochalasis <input type="checkbox"/> Strabismus <input type="checkbox"/> Glaskörpertrübung <input type="checkbox"/> Chalazion <input type="checkbox"/> Makuladegeneration	<input type="checkbox"/> Cataract OP <input type="checkbox"/> Lid OP <input type="checkbox"/> Schiel OP <input type="checkbox"/> Vitrektomie <input type="checkbox"/> Chalazion Entfernung <input type="checkbox"/> IVOM
Implantat	<input type="checkbox"/> Standardlinse <input type="checkbox"/> Sonderlinse	Implantat	<input type="checkbox"/> Standardlinse <input type="checkbox"/> Sonderlinse
Sonderlinse Produkt		Sonderlinse Produkt	
Wunsch Datum	Wunsch Zeit	Wunsch Datum	Wunsch Zeit
Narkose	<input type="checkbox"/> Lokalanästhesie <input type="checkbox"/> Sedierung <input type="checkbox"/> Vollnarkose	Narkose	<input type="checkbox"/> Lokalanästhesie <input type="checkbox"/> Sedierung <input type="checkbox"/> Vollnarkose