

FAX Anmeldung: 0441 229 - 1266



Patientendaten

_____ Name, Vorname	_____ geboren am
_____ Straße/Nr.	_____ PLZ/Ort
_____ Telefon/Handy	_____ Krankenkasse

Medizinischer Campus
Universität Oldenburg
Universitätsklinik für Augenheilkunde
Klinikdirektor:
Prof. Dr. Dr. med. Stefan Schrader
Tel.: 0441 229-1260
Georgstraße 12, 26121 Oldenburg
Ambulanz: Grüne Straße 12

Diagnose	
Fragestellung/gewünschte Untersuchung	
Befundanforderung <input type="checkbox"/> Arztbrief <input type="checkbox"/> Angiographiebilder <input type="checkbox"/> OCT Befund	
Besonderheiten (z. B. eingeschränkte Mobilität, reduzierter AZ, Hilfsmittel, etc.)	
Voruntersuchung zur ggf. stationären Aufnahme (Einweisung) <input type="checkbox"/> Katarakt <input type="checkbox"/> Glaukom <input type="checkbox"/> Netzhauterkrankung <input type="checkbox"/> Infektions- erkrankung <input type="checkbox"/> Sonstige	Anmeldung zur ambulanten Operation (Überweisung mit Fragestellung OP) <input type="checkbox"/> Katarakt-OP <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lid-OP (z. B. Blepharoplastik, Chalazien) <input type="checkbox"/> Laser-Netzhaut <input type="checkbox"/> Laser-Kapsulotomie
Anmeldung zur Sprechstunde (Überweisung) <input type="checkbox"/> IVOM <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> AMD <input type="checkbox"/> Myope CNV <input type="checkbox"/> AVT/ZVT <input type="checkbox"/> Hornhaut <input type="checkbox"/> Uveitis <input type="checkbox"/> Strabismus (Schiel- OP) <input type="checkbox"/> Privatsprechstunde/Selbstzahler <input type="checkbox"/> Liderkrankung (Lid-OP) <input type="checkbox"/> Kinderophthalmo- logie <input type="checkbox"/> Neuroophthalmologie <input type="checkbox"/> Strabologie	Notfall <input type="checkbox"/> Sehinderung <input type="checkbox"/> akute Doppelbilder <input type="checkbox"/> Gesichtsfeldausfall <input type="checkbox"/> Schmerzen <input type="checkbox"/> Verletzungen <input type="checkbox"/> akute Entzündung Notfallpatienten können sich umgehend außerhalb der Sprechstundenzeiten in der Notaufnahme vorstellen.
Termin <input type="checkbox"/> eilig (< 10 Tage) <input type="checkbox"/> dringlich <input type="checkbox"/> regulär <input type="checkbox"/> kein Termin am _____ (2 – 4 Wochen) <input type="checkbox"/> in der Zeit von _	
Praxisstempel	Terminzusage (wird vom Pius-Hospital ausgefüllt!) Termin: _____ Uhrzeit: _____ <input type="checkbox"/> Terminmitteilung an Augenarzt per Fax, Bitte teilen Sie Ihren Patienten den Termin mit! Termin wurde Patient mitgeteilt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Begleitperson erforderlich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein - Bitte bringen Sie die Liste der aktuellen Medikation (auch Augentropfen) mit - Bei Operation am Untersuchungstag (z. B. Chalazionoperation), sollte nach Rücksprache mit dem Hausarzt die Antikoagulantientherapie abgesetzt, bzw. gegen eine andere ersetzt werden (z. B. s.c.Monoemborex, Heparin,...)