

FAX Anmeldung: 0441 229 - 1266



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

Patientendaten

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

Diagnose

Fragestellung/gewünschte Untersuchung

Befundanforderung
 Arztbrief Angiographiebilder 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"/> Uveitis	
<input type="checkbox"/> Privatsprechstunde/Selbstzahler	
<input type="checkbox"/> Liderkrankung (Lid-OP)	<input type="checkbox"/> Strabismus (Schiel- OP)
<input type="checkbox"/> Neuroophthalmologie	
<input type="checkbox"/> Strabologie	<input type="checkbox"/> Kinderophthalmo- logie

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: _____

Terminmitteilung an Augenarzt per Fax,

Bitte teilen Sie Ihren Patienten den Termin mit!

Termin wurde Patient mitgeteilt ja nein

Begleitperson erforderlich ja 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.Monoembolox, Heparin,...)