

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,...)