

Anmeldebogen für Netzhautablösungen

Fax: 0621 – 503 770126 E-Mail: amotio@klilu.de

Bitte rufen Sie zusätzlich unter der Ihnen bekannten Notfall-Nr. an
oder warten auf unseren Rückruf!

DATUM:

UHRZEIT:

PATIENTENDATEN

NAME:

VORNAME:

GEBURTSDATUM:

TELEFON-NR:

VERSICHERUNG: Gesetzlich Privat

PATIENTENETIKETT

BEFUND

SEITE:

Rechts | Links

VISUS:

MAKULASTATUS: abgelöst | anliegend | unklar

LINSENSTATUS: phak | pseudophak | aphak

SYMPTOMATIK SEIT:

ZUSATZANGABEN

NÜCHTERN SEIT >6 Stunden?

JA | NEIN

Zuletzt gegessen um:

Zuletzt getrunken um:

GERINNUNGSWIRKSAME MEDIKAMENTE?

JA | NEIN

Name:

Dosierung:

ÜBERWEISERDATEN

PRAXIS:

TELEFON-NR:

PRAXISSTEMPEL

BEARBEITUNGSVERMERK: