

Patientenanmeldung zur Operation

Name Patient	Anschrift
Geb. Datum	Telefon
Krankenkasse	Krankenkassen-Nummer
Diagnose	
Fragestellung	

Termin: Baldmöglichst Wunschtermin:

Operation: **OD** **OS** **OU**
 Katarakt-OP Andere:

Anästhesie: Lokal Intubationsnarkose

Operateur: Dr. med. N. Waldmann Dr. med. T.ENZ _____
 Dr. med. F. M. Sens Dr. med. B. Alamouti

Biometrie: Ja Nein, schon vorhanden (Bitte beilegen)

Frühere Refraktion: OD OS

Aktuelle Refraktion: OD OS

Nachkontrolle: Postoperative Kontrolle beim privaten Augenarzt
 Postoperative Kontrolle im Videris Augenzentrum

Bemerkungen:

Datum: _____ Zuweiser (Stempel/Unterschrift): _____