



Zuweisung zur Kataraktoperation

(nur durch Augenfacharzt gültig)

Fax: 05522/303/7504, email: augen@lkhf.at

Datum: _____

Ordinationsstempel:

Landeskrankenhaus Feldkirch
Augenabteilung
Vorstand: Prim. Prof. Dr. Stefan Mennel
Carinagasse 47
6800 Feldkirch
www.lkhf.at email: augen@lkhf.at

Kataraktoperation erbeten für:

(bitte exakt ausfüllen!)

Patienten Vor-/Nachname:			
Geburtsdatum:			
Adresse:			
Telefonnummer:			
<input type="checkbox"/> rechtes Auge	<u>Dringlichkeit aufgrund:</u>	<input type="checkbox"/> Berufstätigkeit	<input type="checkbox"/> Führerschein
<input type="checkbox"/> linkes Auge		<input type="checkbox"/> Anisometropie	<input type="checkbox"/> Engwinkelglaukom
<input type="checkbox"/> beide Augen		<input type="checkbox"/> durch Katarakt bedingte Doppelbilder	

Visus und Refraktion:

RA	LA
_____ sph _____ cyl _____ ° Visus: _____	_____ sph _____ cyl _____ ° Visus: _____

Ophthalmologischer Befund:

RA	LA
AT: _____	AT: _____
Diagnosen:	Diagnosen:
<input type="checkbox"/> Amblyopie <input type="checkbox"/> AMD <input type="checkbox"/> PEX	<input type="checkbox"/> Amblyopie <input type="checkbox"/> AMD <input type="checkbox"/> PEX
<input type="checkbox"/> Glaukom <input type="checkbox"/> Pseudophak	<input type="checkbox"/> Glaukom <input type="checkbox"/> Pseudophak
Sonstiges:	Sonstiges:

Relevante Zusatzinformationen:

<input type="checkbox"/> reduzierter AZ	<input type="checkbox"/> Kopftremor	Sonstiges:
<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Allergien:	

(Blutverdünnung wie Thrombo ASS, Sintrom, Marcoumar, Plavix müssen nicht pausiert werden)