



Zuweisung zur Kataraktoperation

(nur durch Augenfacharzt gültig)

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

Datum: _____

Landeskrankenhaus Feldkirch
Augenabteilung

Vorstand: Prim. Prof. Dr. Stefan Mennel
Carinagasse 47

6800 Feldkirch

www.lkhf.at

email: augen@lkhf.at

Ordinationsstempel:

Kataraktoperation erbeten für:

(bitte exakt ausfüllen!)

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

Visus und Refraktion:

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

Ophthalmologischer Befund:

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