

Patientendaten

*Mit Versichertenkarte ausdrucken oder handschriftlich ausfüllen.
Bitte unbedingt vollständige Adresse angeben.*

KIM: augenheilkunde.kbm@gesundheitsnord-bremen.kim.telematik

Telefonnummer des Patienten: _____

Patient in der Augenklinik bekannt: ☐ Ja ☐ Nein

Anmeldung zur Sprechstunde stationäre Kataraktoperation:

Für eine effiziente Sprechstundenplanung und einen reibungslosen Ablauf für unsere Patienten, bitten wir Sie **vorab** um die Übermittlung folgender Informationen:

Unicus Situation	
Oder Visus Partnerauge cc <0,2	
Cataracta matura / brunescens	
PEX Syndrom	
Lentodonesis	
Hornhautnarbe	
Z.n. Glaukomoperation	
Z.n. Vitrektomie	
Z.n. Keratoplastik	

Z.n. Bulbustraua	
Fortgeschr. Glaukomekrankung oder nicht einstellbares Glaukom	
Z.n. Uveitis	
hintere Synechien	
Myopie, Bulbuslänge >26mm, Staphyloma posticum	
Kurzbau des Auges (Nanophthalmus)	
Marfansyndrom	

Weitere Diagnosen:

COPD	
Schlafapnoe	
Adipositas BMI? →	
M. Bechterew	
Schwierige Lagerung aufgrund:	
Rollstuhl	
Dialysepflichtige Niereninsuffizienz	
Herzinsuffizienz, HSM, ICD, Stent	
Z.n. Myokardinfarkt <12 Monate	
Z.n. Apoplex <12 Monate	

Weitere Begründung für stationäre Operation:

Aktueller Visus: R _____ L _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Antikoagulation: _____