



**LKH
FELDKIRCH**

Akademisches
Lehrkrankenhaus

Zuweisung zur Kataraktoperation

Datum _____

nur durch Augenfachärzt:in gültig

Ordinationsstempel

Augenabteilung

Vorstand
Prim. Prof.
Dr. Stefan Mennel

Carinagasse 47
6800 Feldkirch

augentermin@lkhf.at
www.lkhf.at

Kataraktoperation erbeten für

bitte exakt ausfüllen

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

Visus und Refraktion

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

Ophthalmologischer Befund

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