

Dok.Nr.	Bereich	Dok.Typ	Titel
21	LKI_AU	VL	Gewebe-Anforderungsschein

Lieferadresse:

Krankenanstalt, Ordination			
Abteilung			
Adresse			
PLZ, Ort	,	Land	
Kontaktperson		Telefonnummer:	
Gewünschtes Lieferdatum:			
Falls Rechnungsadresse abweichend, bitte angeben:			

Anforderung:

<input type="checkbox"/> Cornea für PKP/DALK
<input type="checkbox"/> Cornea für DSAEK
<input type="checkbox"/> Cornea für DMEK
<input type="checkbox"/> Backup-Cornea
<input type="checkbox"/> Amnion 20 x 20 mm
<input type="checkbox"/> Sklera (Viertel-Bulbus)
<input type="checkbox"/> Sonstiges: bitte angeben

Angaben zum Empfänger:

Familienname			
Vorname			
Geburtsdatum	Geschlecht	M <input type="checkbox"/>	W <input type="checkbox"/>
SVNR	Versicherungsanstalt		
Adresse			
PLZ, Ort		Land	
Diese Tx	OD OS	Anzahl vorhergehende Tx	OD OS
Geplantes OP-Datum:			

Diagnose:

Keratitis:	<input type="checkbox"/> Akanthamöben	Dystrophien:	<input type="checkbox"/> FED (Fuchs)	<input type="checkbox"/> Aniridie
	<input type="checkbox"/> bakteriell		<input type="checkbox"/> Keratokonus	<input type="checkbox"/> Bullöse Keratopathie
	<input type="checkbox"/> Herpes simplex		<input type="checkbox"/> Stromale HH-Dystrophie	<input type="checkbox"/> HH-Dekompensation
	<input type="checkbox"/> Herpes zoster		<input type="checkbox"/> Map-dot-fingerprint	<input type="checkbox"/> Hornhautnarbe
	<input type="checkbox"/> Pilzkeratitis			<input type="checkbox"/> Perforierendes Ulcus
				<input type="checkbox"/> Pterygium
				<input type="checkbox"/> Trauma
				<input type="checkbox"/> Transplantatversagen
				<input type="checkbox"/> Verätzung/Verbrennung
<input type="checkbox"/> Sonstiges, bitte angeben:				

Gewebe-Anforderung bitte per Fax an: +43 512 504 23768

oder E-Mail an werner.wohlfarter@tirol-kliniken.at

Datum, Unterschrift