

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:

Familiennamen			
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 <input type="checkbox"/> bakteriell <input type="checkbox"/> Herpes simplex <input type="checkbox"/> Herpes zoster <input type="checkbox"/> Pilzkeratitis	Dystrophien: <input type="checkbox"/> FED (Fuchs) <input type="checkbox"/> Keratokonus <input type="checkbox"/> Stromale HH-Dystrophie <input type="checkbox"/> Map-dot-fingerprint	<input type="checkbox"/> Aniridie
		<input type="checkbox"/> Bullöse Keratopathie
		<input type="checkbox"/> HH-Dekompensation
		<input type="checkbox"/> Hornhautnarbe
		<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 iris.oberauer@tirol-kliniken.at

Datum, Unterschrift