

|           |               |           |                                  |
|-----------|---------------|-----------|----------------------------------|
| Dok.Nr.   | Bereich       | Dok.Typ   | Titel                            |
| <b>21</b> | <b>LKI_AU</b> | <b>VL</b> | <b>Gewebe-Anforderungsschein</b> |

**Lieferadresse:**

|  |   |                |  |
|--|---|----------------|--|
| Krankenanstalt, Ordination                               |   |                |  |
| Abteilung  |   |                |  |
| Adresse  |   |                |  |
| PLZ, Ort   | , | Land           |  |
| Kontaktperson  |   | Telefonnummer: |  |
| Gewünschtes Lieferdatum:                                 |   |                |  |
| <b>Falls Rechnungsadresse abweichend, bitte angeben:</b> |   |                |  |
|  |   |                |  |

**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](mailto:werner.wohlfarter@tirol-kliniken.at)

-----  
Datum, Unterschrift