



Patient:

Tel:

Mobile:

Mail:

Präoperative Abklärung Katarakt-OP

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,
Für die bevorstehende Katarakt-Operation im Augenzentrum Zug bitten wir Sie um folgende präoperative Abklärungen/Informationen. (nicht älter als 6 Monate)

Sollten die Angaben im Formular nicht aus den Akten entnommen werden können, bitten wir Sie, die Patientin/den Patienten anzubieten.

Der Eingriff erfolgt in topischer Anästhesie. Thrombozytenaggregationshemmer müssen nicht pausiert werden; ein möglicher Stopp der Antikoagulation wird individuell geprüft.

In der Regel reicht eine kurze Zusammenfassung des Hausarztes über Anamnese, Medikation und klinischen Zustand des Patienten aus.

Bitte senden Sie uns den ausgefüllten Fragebogen und ggf. Ihre Befunde spätestens 2 Wochen vor dem geplanten Operationstermin zurück: augenzentrum-zug@hin.ch

OP-Termin:

Bei Fragen oder dringenden Anliegen erreichen Sie uns auch telefonisch. Vielen Dank!

Diagnosen und Allergien

Aktuelle Medikation (Medikament(e), Dosis, Tageszeit, Pausierung etc.)

Sonstige Untersuchungen, Befunde und Empfehlungen (EKG, Labor, etc.)

Ort, Datum: _____ Hausarzt (Stempel/Unterschrift): _____

Augenzentrum Zug AG

Bahnhofstrasse 14 CH-6340 Baar Telefon +41 41 761 88 11 HIN augenzentrum-zug@hin.ch

mail@augenzentrum-zug.ch www.augenzentrum-zug.ch