



Anmeldung zur stationären Aufnahme

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer (Patient): _____

**Zentrum für Augenheilkunde
Case Management**

Telefon: +49 221 478-86676
Telefax: +49 221 478-86677
augenklinik-casemanagement@uk-koeln.de
<https://augenklinik.uk-koeln.de>

GKV Selbstzahler Privatpatient 1-Bett 2-Bett Begleitperson

Einweisungsdiagnose: _____

Procedere/Eingriff: _____

ITN lok

Zuweisung durch: Praxis / KH: _____

Telefon/Telefax: _____

Relevante Nebendiagnosen: _____

Frühgeborenes

Allergien/Unverträglichkeiten: _____

Pflegestufe/Pflegedienst: _____

Behinderungen/Hilfsmittel: _____

Gesetzliche Betreuung: _____

XXL-Patient (max. 170 kg) Nein Ja _____ kg

Kostform: _____

Relevante Medikamente: ASS (o.ä.) abgesetzt seit _____

Marcumar/Plavix (o.ä.) abgesetzt seit _____ ersetzt durch _____

Metformin (o.ä.) abgesetzt seit _____

Medikamentenumstellungen und das Absetzen von Medikamenten bitte nur nach Rücksprache mit dem behandelnden Hausarzt.

NUR vom Case Management auszufüllen:

vorstationärer Termin: _____

Aufnahmetermin: _____

OP-Termin: _____

Sonstiges: _____

Station 1 Station 2

Station 3 Station 4

BP

Ki.-Klinik Station _____

Poliklinik

Telefon: 0221 478-4313 | Telefax: 0221 478-3186

Privatsprechstunden

Ansprechpartner und Kontakt: <https://augenklinik.uk-koeln.de/informationen/ansprechpartner-auf-einen-blick/>