AUGEN
ÄRZTE
AM STACHUS

Voruntersuchung durch den Allgemeinarzt vor der Augenoperation

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

bei unserer/m gemeinsamen Patientin/en ist eine Augenoperation in Lokalanästhesie vorgesehen.

Es werden Lokalanästhetika vom Estertyp oder Amidtyp (z.B. Tetracain, Lidocain, Ropivacain) als Augentropfen, intraokular oder in Form einer Infiltrationsanästhesie verwendet. Bei Bedarf wird intravenös ein Tranquillantium (z.B. Dormicum) verabreicht.

Wir bitten höflich um Ihre Beurteilung des allgemeinen Gesundheitszustandes.

Bitte verwenden Sie den umseitigen Dokumentationsvordruck, dem Sie auch entnehmen können, welche Einzelparameter für uns wichtig sind.

Neben dem EKG-Befund, benötigen wir auch den EKG-Ausdruck im Original. Ein Röntgen-Thorax ist von uns aus nicht erforderlich.

Die tägliche Medikation der/s Patienten soll wie gewohnt beibehalten werden. Gerinnungshemmende Mittel brauchen in der Regel nicht abgesetzt werden, die Information darüber ist uns jedoch wichtig.

Damit Ihr Befund für die Augenoperation aktuell ist, sollte das Zeitintervall zwischen Untersuchung und Operation möglichst nicht mehr als 1 Monat betragen.

Vielen Dank für Ihre Kooperation! Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen, kollegialen Grüßen

Bitte wenden

Ihre Augenärzte am Stachus

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten					geb. am	
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.				Status	
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis			Datum		

Stempel des Arztes

Protokollblatt zur Befunddokumentation vor Augenoperation

1. **Diagnosen**

_____

_____

2. **Klinischer Befund**

RR:_____mmHg Puls:_____/min Größe:_____cm Gewicht:_____Kg

3. **Infektionskrankheiten (z.B. chronische Hepatitis, HIV)**

☐ nein ☐ ja, bitte Rückmeldung (FAX 089/54598717)

4. **EKG (Bitte Original und Befund mitgeben)**

5. **Allergien**

_____

_____

6. **Laborwerte**

Hb:_____ Leuko:_____ Thrombo:_____ PTT:_____ Quick:_____

Bei Diabetikern: HbA1c:_____

7. **Medikation:**

_____

_____

8. **Beurteilung des Operationsrisikos in Lokalanästhesie:**

☐ Altersentsprechend

☐ Erhöht, wegen:_____

☐ Auch in Lokalanästhesie nicht operationsfähig, weil:_____

_____

Datum, Unterschrift des Untersuchers