

Entnahme	Formular	FB-ENT-Allg-698 V-3
----------	----------	---------------------

<b>Ärztliche Anamnese, Untersuchung und Anmeldung für Autologe Serum-Augentropfen</b>	Mengenangabe der Applikatoren
---	-------------------------------

**Ärztliche Anamnese, Untersuchung und Anmeldung für  
Autologe Serum-Augentropfen**

Patientendaten (alternativ: großer Adressaufkleber)

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

wohnhaft in (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort):  
\_\_\_\_\_

Für o. g. Patienten sollen aus augenärztlicher Indikation autologe Serum-Augentropfen gewonnen werden. Ich habe dazu eine ausführliche Anamnese und sorgfältige orientierende körperliche Untersuchung durchgeführt.

**1 Anamnese**

Aktuelle Diagnosen (falls zutreffend OP-Termin):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Aktuelle Medikation:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<b>Angina pectoris</b>	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> ja, stabil	<input type="checkbox"/> ja, instabil
<b>Dyspnoe</b>	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja
<b>Probleme beim Treppensteigen</b>	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja
<b>Myokardinfarkt</b>	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja
<b>Synkopen</b>	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja
<b>Blutungsneigung</b>	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja

**2 Körperliche Untersuchungsbefunde**

Cor: \_\_\_\_\_ Pulmo: \_\_\_\_\_  
Sonstiges: \_\_\_\_\_

Station: \_\_\_\_\_

Benötigte Anzahl an Applikatoren: \_\_\_\_\_ (20 - 60)

Name des überweisenden Arztes (Klartext) \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_