



### Anmeldung zur stationären Aufnahme

Nachname: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Telefonnummer (Patient): .....

**Case Management  
Augenklinik**

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

GKV  Selbstzahler  Privatpatient  1-Bett  2-Bett  Begleitperson

Einweisungsdiagnose: .....

Procedere / Eingriff: .....

ITN  lok

Zuweisung durch: Praxis / KH: .....  
Telefon/Fax: .....

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.....

**Allgemeine Augenheilkunde  
und Poliklinik**

Geschäftsführender Direktor  
Prof. Dr. med. C. Cursiefen

Tel.: 0221 478-4300  
Fax: 0221 478-5094

**Netzhaut-  
und Glaskörperchirurgie**

Direktor  
Prof. Dr. med. B. Kirchhof

Tel.: 0221 478-4105  
Fax: 0221 478-5922

**Schwerpunkt für Strabologie  
und Neuroophthalmologie**

Leitung  
Fr. PD Dr. med. Neugebauer  
Fr. Dr. med. Fricke

Tel.: 0221 478-4330  
Fax: 0221 478-3533

**Poliklinik**

Tel.: 0221 478-4313  
Fax: 0221 478-3186

**Oberarztsekretariat**

Tel.: 0221 478-4310  
Fax: 0221 478-86475