

Transplantierende Einrichtung

Lieferanschrift wenn abweichend

Datum der Antragstellung

.....
Ansprechpartner

.....
Anfordernder Arzt

Patientenanmeldung Korneatransplantat Fallnr.:

Auftragsnr.:

- optisch perf.
 DSAEK
 DMEK
 DALK
 tektonisch
 optisch typisiert
 LaMEK Ø 8,5 mm (Standard)
 LaMEK gewünschter Ø akzeptierte MM 0
 1
 2
 3
 LaMEK preloaded Ø 8,5 mm (Standard)
 LaMEK preloaded gewünschter Ø

Patientendaten:

Name: **Vorname:** **Geburtsdatum:**

Seite: Rechts Links
 Anzahl Vortransplantationen: **R** **L**
 Transplantatversagen: ja nein

Der anfordernde Arzt bestätigt, dass der Patient seine Einwilligung gemäß DSGVO zur Weitergabe seiner personenbezogenen Daten an die DGFG erteilt hat. Die Daten dienen zum Zwecke der Verarbeitung zur Bereitstellung von geeigneten Gewebetransplantaten für die Transplantation.

Diagnosen ICD-10

Grunderkrankungen

- H11.0** Pterygium
 H18.5 Hornhautdystrophie
 Fuchs
 gittrig
 makulär
 hereditär
 andere Form
 H18.5 Cornea Guttata
 H18.2 HH-Ödem
 H18.6 Keratokonus
 H17.9 Hornhautnarbe unklare Genese
 H17.9 Trübung unklare Genese
 H16.9 Keratitis
 B00.5 Keratitis herpetica
 H18 .1 Keratopathia
 bullosa
 bandförmig
 sonstige
 H16.0 Ulcus corneae
 mit drohender Perforation
 Perforation
 H18.7 Descemetozele
 mit drohender Perforation
 Perforation
 S05.6 Z.n. perforierender Hornhautverletzung
 S05.6 Z.n.Verätzung
 H18.4 HH-Dekompensation
 unklarer Genese
 Z.n. CAT OP
 sonstige Erkrankungen

Komplikationen/Begleiterkrankungen

- H18.4** HH-Dekompensation
 H17.9 Hornhautnarbe
 H17 .9 Hornhauttrübung
 zentral
 H16.4 Neovaskularisation
 H40.9 Glaukom
 H54.1 Oculus ultimus
 H57.1 Augenschmerzen
 H18.5 Koagulopathie

Sonstige Besonderheiten/Mitteilungen

Geplanter/gewünschter OP-Termin NOTFALL

Wichtige Hinweise: 1. Laut Transplantationsgesetz (TPG) muss der Patient in dokumentierter Form über das bestehende Risiko der Übertragung von Erkrankungen im Rahmen der Transplantation aufgeklärt werden. Die Verantwortung hierfür liegt beim Operateur. Der Patient muss der Verwendung seiner erhobenen personenbezogenen Daten zum Zwecke der Allokation und Rückverfolgbarkeit der Gewebe nach Aufklärung zustimmen.

2. Ein allokiertes Transplantat darf nur für den hierfür vorgesehenen Patienten verwendet werden, eine Weiterveräußerung oder anderweitige Verwendung ist nicht statthaft.

3. Jedem Gewebetransplantat ist ein Transplantationsbegleitschein beigelegt. Bitte senden Sie uns den Transplantationsbegleitschein vollständig ausgefüllt, spätestens 6 Wochen nach OP zurück. Bei postoperativ auftretenden unerwünschten Arzneimittelnebenwirkungen (insbesondere Infektionen) teilen Sie uns diese sowie deren Begleitumstände bitte unverzüglich mit, ebenso Komplikationen im Rahmen der Transplantation, bzw. nicht durchgeführte Transplantationen. Alle Angaben dienen zur Erfassung und Auswertung der klinischen Resultate und Nebenwirkungen, sowie zur Qualitätssicherung.

Achtung OP-Termin für LaMEK preloaded nur Dienstags - Freitag