

<h1 style="margin: 0;">Meldefomular</h1> <p style="margin: 0;">für ein Hornhauttransplantat</p> 		Name, Vorname des/ der Patient/in _____ Geburtsdatum: _____ Anschrift: _____ _____	
Hornhautbank des Landes Rheinland-Pfalz in Mainz Universitäts-Augenklinik Direktorin: Prof. Dr. med Verena Prokosch Langenbeckstr. 1 55131 Mainz Tel. +49 6131 17 3319 Fax. +49 6131 17 6449 E-Mail. hbb@unimedizin-mainz.de Internet www.hornhautbank-mainz.de		Externe Klinik Lieferadresse _____ _____ _____ Meldeperson _____ Meldedatum _____ Tel _____ Fax _____ E-Mail _____	
Diagnose RA _____ LA _____			
OP-Auge <input type="radio"/> RA <input type="radio"/> LA <input type="radio"/> wird kurzfristig entschieden		Altersunterschied Spender/ Empfänger <input type="radio"/> bis zu 30 Jahre akzeptabel <input type="radio"/> sonst: Bitte telefonische Kontaktaufnahme durch Empfängerklinik	
Visus RA _____ LA _____			
OP-Form			
Perforierende KPL <input type="radio"/> stromaler/ temporärer Hornhautersatz ¹⁾ <input type="radio"/> optisches Tx ¹⁾	<input type="radio"/> DALK (tiefe anteriore KPL) stromaler/ temporärer Hornhautersatz ¹⁾ Backup-Transplantat <input type="radio"/> ohne opt. Backup - Tx <input type="radio"/> mit opt. Backup - Tx	<input type="radio"/> ALK (anteriore KPL) stromaler/ temporärer Hornhautersatz ¹⁾	endotheliale KPL <input type="radio"/> DMEK optisches Tx ¹⁾ <input type="radio"/> DSAEK optisches Tx ¹⁾
OP-Termin <input type="radio"/> Notfall, Kontaktaufnahme unsererseits telefonisch <input type="radio"/> Bitte möglichst am _____		Transport _____ <input type="radio"/> Ankunft am Vortag der OP <input type="radio"/> Ankunft am OP-Tag vor 10:00 (Standard) <input type="radio"/> Ankunft am OP-Tag vor 8:00 ²⁾ <input type="radio"/> Direkttransport ³⁾	
Bemerkungen			Unterschrift meldende Ärztin / -Arzt _____

1) Endothelzellen/ mm²: stromaler/ temporärer Hornhautersatz: 1000-1999, optisch: ≥2000;
 2) Aufpreis von 19,50 € Transportkosten;
 3) Transportkosten trägt der Empfänger