

<h2>Meldeformular für ein Amnionmembran- transplantat</h2>	Name, Vorname des/ der Patient/in: _____	
	Geburtsdatum: _____ Anschrift: _____ _____ _____	
Hornhautbank des Landes Rheinland-Pfalz in Mainz Augenklinik der Universitätsmedizin Direktorin: Prof. Dr. Verena Prokosch Langenbeckstr. 1 55131 Mainz Tel. +49 6131 17 3319 Fax. +49 6131 17 6449 E-mail. hhb@unimedizin-mainz.de Internet www.hornhautbank-mainz.de	Externe Klinik: _____ Lieferadresse _____ _____ _____ Meldeperson: _____ Meldedatum _____ Tel _____ Fax _____ E-Mail _____	
	Diagnose RA/ LA _____	
OP-Termin <input type="checkbox"/> Notfall, Kontaktaufnahme unsererseits telefonisch <input type="checkbox"/> Bitte möglichst am _____	Transport¹⁾ <input type="checkbox"/> Ankunft am Vortag der OP (nicht empfehlenswert) <input type="checkbox"/> Ankunft am OP-Tag vor 10:00 (Standard) <input type="checkbox"/> Ankunft am OP-Tag vor 8:00 ²⁾ <input type="checkbox"/> Direkttransport ³⁾	
Bemerkungen _____ _____	Unterschrift meldende Ärztin / Arzt _____ _____	

- 1) Bei der Terminierung bitte beachten, dass die Amnionmembran erst unmittelbar vor Verwendung aufgetaut werden darf. Bis dahin ist sie bei -80°C bzw. auf Trockeneis aufzubewahren.
- 2) Aufpreis von 19,50 € Transportkosten
- 3) Transportkosten trägt Empfängerklinik