

Meldeformular für ein Amnionmembran- transplantat

Name, Vorname des/ der Patient/in:

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

**Hornhautbank des Landes
Rheinland-Pfalz in Mainz**
Augenklinik der Universitätsmedizin
Direktor: Prof. Dr. N. Pfeiffer
Langenbeckstr. 1
55131 Mainz
Tel. +49 6131 17 3319
Fax. +49 6131 17 6449
E-mail. hnb@unimedizin-mainz.de
Internet www.hornhautbank-mainz.de

Externe Klinik

Lieferadresse _____

Meldeperson _____

Meldedatum _____

Tel _____

Fax _____

e-mail _____

Diagnose

RA/LA _____

OP-Termin

Notfall, Kontaktaufnahme unsererseits telefonisch

Bitte möglichst am _____

Transport¹⁾

Ankunft am Vortag der OP (nicht empfehlenswert)

Ankunft am OP-Tag vor 10:00 (Standard)

Ankunft am OP-Tag vor 8:00²⁾

Direkttransport³⁾

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