

Patientendaten

Fax-Anmeldung Klinik für Augenheilkunde

Faxnummer ambulante Termine: 03681 35-6601

Faxnummer stationäre Termine: 03681 35-5561

In Notfällen bitte direkt telefonisch die **03681 35-5569** oder **-5576** kontaktieren.

stationäre Einweisung

ambulante Überweisung

Diagnose:

R | L: _____

(Pflichtangabe) Visus:

R: _____ L: _____

(Pflichtangabe) Visusabfall:

R: _____ L: _____

Diagnostische Maßnahme

Therapeutische Maßnahme

<input type="checkbox"/> Elektrodiagnostik: <input type="checkbox"/> EOG / <input type="checkbox"/> ERG / <input type="checkbox"/> MERG/ <input type="checkbox"/> VEP <input type="checkbox"/> Vorstellung: <input type="checkbox"/> Glaukomsprechstunde / <input type="checkbox"/> Netzhautsprechstunde / <input type="checkbox"/> Schielsprechstunde / <input type="checkbox"/> Fluorescein-Angiographie / <input type="checkbox"/> Ultraschall	<input type="checkbox"/> Laser: <input type="checkbox"/> Glaucom / <input type="checkbox"/> Nachstar / <input type="checkbox"/> Netzhaut <input type="checkbox"/> Gewünschte Operation: <input type="checkbox"/> Katarakt / <input type="checkbox"/> Lid / <input type="checkbox"/> Netzhaut / <input type="checkbox"/> Strabismus / <input type="checkbox"/> Tränenwegs-OP / <input type="checkbox"/> Tränenwegssondierung bei Kindern
--	--

Andere Therapie/Untersuchung: _____

<p>Anmeldende Praxis/Praxisstempel</p> <p>(Faxnummer nicht vergessen!)</p>	<p>Terminzusage (wird von der Klinik ausgefüllt)</p> <p>Datum: _____</p> <p>Uhrzeit: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Terminmitteilung an Arzt per Fax – bitte teilen Sie Ihrem Patienten den Termin mit!</p>
--	---