



Terminvormerkung



ambulant: Fax: 06841 / 16 22830

stationär (NUR für TTP): Fax: 06841 / 16 21235

Patientendaten:

Name: _____

Vorname: _____

Geb.: _____

Versicherung: _____

Anschrift: _____

private Zusatzversicherung

Termin in Privatambulanz erwünscht

War der Patient bei uns schon in Behandlung? ja nein

Wenn ja, in welchem Jahr? _____

Patient telefonisch zu erreichen unter: _____

Dringlichkeit:

Akuter Notfall (ambulant Tel: 06841 / 16 22478)

Kein Notfall

Diagnose:

Fragestellung:

Ambulante Untersuchung in Spezialsprechstunde:

Montag: Netzhaut/Makula Nanosekundenlaser

Dienstag: Glaukome Uveitis HKC-/KPL-Kontrolle

Mittwoch: Hornhaut Keratoplastikkontrolle Low Vision

Donnerstag: Netzhaut/chirurgisch (Makulaforamen, Makulapucker, PVR) Nanosekundenlaser

Freitag: Lider Tränenwege Botox Sicca

Mo/Di/Fr: Refraktive Chirurgie (PRK, LASIK, Multifokale IOL, Symphony, Intacs)

Mo.-Fr.: allg. Sprechstunde AÖZ (Katarakt) Kontaktlinsen Argonlaser YAG-Laser

Sektion KiOLoN (Kinderophthalmologie, Orthoptik, Low Vision, Neuroophthalmologie)

Um FAX-Antwort wird gebeten. ja nein

Telefonische Rücksprache erwünscht. ja nein

Termin am: _____
NUR von Klinik auszufüllen!

Praxisstempel / Unterschrift