KRH Klinikum Nordstadt	**FAX Anmeldung**	Geltungsbereich KRH Klinikum Nordstadt **Augenklinik**

Name, Vorname: ……. Praxis:

Geburtsdatum: ……. FAX-Nr.:

Telefon des Patienten: …… ….

Adresse: ……

Patienten-Anmeldung:
Tel.: 05119701282
Fax: 05119701288
Email: augenklinik.nordstadt@krh.de

Kostenträger: □ **privat** □ **gesetzlich**

Patient in der Augenklinik bekannt: Ja □ Nein □

□ Regulär □ Eilig Kein Termin am: ……

Diagnose / Fragestellung……

□ Voruntersuchung für eine ambulante Operation	Überweisung
□ Vorstationäre Untersuchung und stationäre Operation	Einweisung
□ Laserkoagulation	Überweisung
□ Angiographie	Überweisung
□ Tagesdruckprofil	Einweisung
□ Privatsprechstunde	

□ **Privatambulanz Dr. med. A. Medra (Chefarzt d. Augenklinik)** Telefon: 0511 9701213

□ **Sehschule** □ Überweisung mit gezieltem Auftrag Montag - Freitag

Ihr Patient/in erhielt folgende Termine

□ Privatsprechstunde □ Voruntersuchung zur ambulanten Operation □ Vorstationäre Untersuchung

□ Angiographie □ Sehschule

Untersuchung am …… um ……Uhr

Termin zur Operation / Tagesdruckprofil am ……

Bitte geben Sie dem Patienten eine □ **Überweisung** □ **Einweisung**

- ✓ **Hinweise für Patienten / -innen:**
- ✓ Bitte zur Untersuchung nicht selbst mit dem Auto fahren wegen Pupillenerweiterung
- ✓ Stellen Sie sich auf eine mehrstündige Untersuchungs- / Behandlungszeit ein
- ✓ Bitte mitbringen: Liste Ihrer aktuellen Medikamente / Augentropfen / Allgemeinerkrankungen
  Glaukompatienten: Glaukom-Pass, höchster Augeninnendruck vor Therapiebeginn
  Weiteres: Diabetiker-Ausweis, ggf. Brillenpass
- ✓ Wir bitten Neupatienten sich 15 Minuten vor dem Termin anzumelden

Datenschutzerklärung:

Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten an die Augenklinik KRH-Nordstadt weitergeleitet werden.

Ort, Datum …….. Unterschrift des Patienten ……