

Name, Vorname: .....

Praxis:

Geburtsdatum: .....

FAX-Nr.:

Telefon des Patienten: .....

Adresse: .....

**Patienten-Anmeldung:**

Email Patient: .....

**Email: augenklinik.nordstadt@krh.de**

Tel.: 0511-970-1282

Fax: 0511-970-1288

**Kostenträger:** ☐ privat ☐ gesetzlich

Patient in der Augenklinik bekannt:

Ja ☐ Nein ☐

☐ Regulär ☐ Eilig

Kein Termin am: .....

**Diagnose / Fragestellung** .....

<input type="checkbox"/> Voruntersuchung für eine ambulante Operation	Überweisung
<input type="checkbox"/> Vorstationäre Untersuchung und stationäre Operation	Einweisung
<input type="checkbox"/> Laserkoagulation	Überweisung
<input type="checkbox"/> Angiographie	Überweisung
<input type="checkbox"/> Tagesdruckprofil	Einweisung
<input type="checkbox"/> Privatsprechstunde	

☐ **Privatambulanz Dr. med. Schilimow (Chefarzt)**

**(Sekretariat)** Telefon: 0511 9701213

☐ **Sehschule** ☐ Überweisung mit gezieltem Auftrag

Montag - Freitag

Telefon: 0511 9701282

**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 Glaukom Patienten: 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 .....