

Name, Vorname:

Praxis:

Geburtsdatum:

FAX-Nr.:

Telefon des Patienten:

Adresse:

Patienten-Anmeldung:

Email Patient:

Email: augenklinik.nordstadt@krh.de

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

Tel.: 0511-970-1282

Fax: 0511-970-1288

Patient in der Augenklinik bekannt:

Ja Nein

Regulär Eilig

Kein Termin am:

Diagnose / Fragestellung.....

- Voruntersuchung für eine ambulante Operation
- Vorstationäre Untersuchung und stationäre Operation
- Laserkoagulation
- Angiographie
- Tagesdruckprofil
- Privatsprechstunde

Überweisung
Einweisung
Überweisung
Überweisung
Einweisung

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

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Privatsprechstunde | <input type="checkbox"/> Voruntersuchung zur ambulanten Operation | <input type="checkbox"/> Vorstationäre Untersuchung |
| <input type="checkbox"/> Angiographie | <input type="checkbox"/> 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