

Bitte um Terminvereinbarung

Fax (089) 4140 - 4076

allgemein versichert

privat versichert

Patientenname: _____ Geburtsdatum: _____

Diagnose: _____

Fragestellung: _____

Erstvorstellung ja nein

Auf Wunsch Termin in Spezialsprechstunden:

<input type="checkbox"/> AMD / Netzhaut	<input type="checkbox"/> Kinder- und Schielambulanz
<input type="checkbox"/> Katarakt	
<input type="checkbox"/> Diabetes / Netzhaut	<input type="checkbox"/> Hornhaut / Sicca
<input type="checkbox"/> Tränenwege / Lider	<input type="checkbox"/> Glaukom

Zusätzliche Spezialuntersuchungen:

<input type="checkbox"/> OCT	<input type="checkbox"/> Ultraschall
<input type="checkbox"/> FLA	<input type="checkbox"/> Gesichtsfeld
<input type="checkbox"/> Elektrophysiologie (bitte genaue Angabe):	
<input type="checkbox"/> Sonstiges:	

Einweisender Arzt (Stempel):

TERMINBESTÄTIGUNG

Für oben genannte/n Patienten/in wurde am, um Uhr
ein ambulanter Untersuchungstermin vereinbart.

Bemerkung:

.....

Stempel / Unterschrift Klinik