

Augenklinik-FAX-Anmeldung: 0421 347 – 1428	
Patientendaten:	Ihr Praxisstempel:
Telefonnummer Patient: _____	

Pat. bereits in unserer Klinik bekannt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Private Zusatzversicherung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	---

Diagnose: _____

Fragestellung: _____

Bemerkungen (z.B. Hilfsmittel, eingeschränkte Mobilität, reduzierter Allgemeinzustand): _____

Dringlichkeit: Notfall wegen Erblindungsgefahr (bitte Ankündigung bei Dienstarzt 0421 – 347-0) Pat. unterwegs? _____
 Eilfall (innerhalb von 8 Wochen)
 Normaler Termin

Begründung der Dringlichkeit: _____

(Bitte beachten Sie: wir werden die Dringlichkeit anhand der uns zur Verfügung stehenden Informationen ggfs neu bewerten und dies bei der Terminvergabe berücksichtigen)

Anmeldung zur Sprechstunde:

<input type="checkbox"/> Allgemeine Sprechstunde	<input type="checkbox"/> Makula-/Netzhauterkrankungen
<input type="checkbox"/> Sehschule	<input type="checkbox"/> Liderkrankungen (Lid-OP)
<input type="checkbox"/> Glaukom	<input type="checkbox"/> Lasersprechstunde
<input type="checkbox"/> Katarakt	<input type="checkbox"/> Privatsprechstunde
<input type="checkbox"/> Hornhauterkrankungen	

Bitte beachten Sie, dass für **alle oben genannten Termine eine Überweisung notwendig** ist!

Bitte vollständig ausfüllen
und an die **FAX-Nummer: 0421-347-1428** senden

Auszufüllen durch die Augenklinik St. Joseph Stift:
Bestätigung durch die Augenklinik: Termin: _____ Uhrzeit: _____

Bemerkung:
Bitte an den Patienten/die Patientin weiterleiten:

- Bitte gültigen **Überweisungsschein** vom Augenarzt/Augenärztin für das Quartal bei dem Termin mitbringen
- Die Patienten sollten **nicht mit dem eigenen Auto kommen**, da sonst eine komplette Untersuchung ggf. nicht möglich ist
- Bitte den **aktuellen Medikationsplan (inkl. Augentropfen)** und relevante **Vorbefunde/Arztbriefe** mitbringen
- Für Fragen stehen wir Ihnen gerne unter der Telefonnummer 0421-347-1402 zur Verfügung
- Sonstiges:** _____

Datenschutz (bitte vom Patienten unterschreiben lassen):
Ich bin mit der Übermittlung meiner Daten einverstanden: _____