

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Ihr Praxisstempel

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Anmeldung zur **ambulanten** Untersuchung in der

- Allgemeinen Sprechstunde**
- Privatsprechstunde**
- Makulasprechstunde**
- Plastische-/Lidsprechstunde**
- Glaukomsprechstunde**
- Hornhautsprechstunde**
- Lasersprechstunde**
- Sehschule**

Telefonnummer des Patienten/in:

Pat bekannt? private Zusatzversicherung

Anmeldung zur **stationären Aufnahme**

für ein **Tagestensioprofil (Stationär/WE)**

Anmeldung zum **ambulanten**

- Voruntersuchungstermin** für eine **Kataraktoperation**
- Voruntersuchungstermin** für eine **Chalazion-Op (!kein OP-Termin)**
- _____

Diagnose: _____

Bemerkung: _____

Dringlichkeit: **Notfall wegen Erblindungsgefahr** (Pat. unterwegs ?)
 Eilfall (innerhalb 25 Tage) **normaler Termin**

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

Bestätigung durch die Augenklinik: **Termin:** **Uhrzeit:**

Wir haben den Patient/-in erreicht und den Termin mitgeteilt.
 Leider war der Patient/-in mehrmals nicht zu erreichen. Wir bitten Sie den Termin weiterzuleiten.

Bemerkung:
Bitte an den Patient/-in weiterleiten:

- Einen **gültigen Überweisungsschein** vom Augenarzt ist für das Quartal mitzubringen
- Die Patienten sollten **nicht** mit dem **eigenen Auto** kommen, da sonst eine komplette Untersuchung nicht möglich ist
- Die Liste der **aktuellen Medikation** (auch Augentropfen) und **Arztbrief**
- Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne **unter 0421-347-1402** zur Verfügung
- **Sonstiges:**