

Terminanfrage

an Fax-Nr. 06131/178495



UNIVERSITÄTSmedizin.
MAINZ

Augenklinik und Poliklinik

Absender (Praxisstempel)	Ansprechpartner für Rückfragen
	Name:
	Tel-Nr.:
	Fax-Nr. für Antwortfax:
	E-Mail:

Patientendaten			
Name		Vorname	
Straße		PLZ, Ort	
Telefon		Geb.-Datum	
Name der Krankenkasse		Private Zusatzversicherung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Diagnose			
Gewünschte Behandlung	<input type="checkbox"/> Ambulante Vorstellung <input type="checkbox"/> Ambulante Operation <input type="checkbox"/> Stationäre Operation	<input type="checkbox"/> Vollnarkose <input type="checkbox"/> Lokale Anästhesie	
Unterbringung	<input type="checkbox"/> Einbettzimmer <input type="checkbox"/> Zweibettzimmer		
Verpflegung	<input type="checkbox"/> Vollkost <input type="checkbox"/> Diät <input type="checkbox"/> Vegetarisch		

Anmeldung für ambulante Sprechstunden

- | | | |
|--------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Allgemein-Sprechstunde | Montag bis Mittwoch + Freitag |
| <input type="checkbox"/> | AMD-Sprechstunde | Montag bis Donnerstag |
| <input type="checkbox"/> | Glaukom-Sprechstunde | Montag + Mittwoch + Donnerstag |
| <input type="checkbox"/> | Kinderglaukom-Sprechstunde | Mittwoch |
| <input type="checkbox"/> | Hornhautsprechstunde | Donnerstag |
| <input type="checkbox"/> | Katarakt-Voruntersuchung | Montag bis Freitag |
| <input type="checkbox"/> | Keratokonussprechstunde | Dienstag |
| <input type="checkbox"/> | Lidsprechstunde | Freitag |
| <input type="checkbox"/> | Makula + Tumor – Sprechstunde | Montag |
| <input type="checkbox"/> | Orbitasprechstunde | Dienstag |
| <input type="checkbox"/> | Orthoptik | Montag bis Freitag |
| <input type="checkbox"/> | Privatsprechstunde | Montag bis Freitag |
| <input type="checkbox"/> | Refraktive Sprechstunde | Mittwoch |
| <input type="checkbox"/> | Retinologie | Dienstag bis Donnerstag |
| <input type="checkbox"/> | Sonstiges | |

Antwort

Ihre Terminanfrage wird wie folgt bestätigt

Datum		Zeit	
-------	--	------	--

Anlaufstelle Gebäude 101 Erdgeschoss Poliklinik 5. OG Privatambulanz
Zum Termin bitten wir um Vorlage einer Überweisung sowie vorhandener Vorbefunde.

Herzlichen Dank
Ihr Augenklinik-Team

Stand: 22.01.2020