

FAX - Anmeldung

Zentrale Terminvergabe	Tel. (06131) 17 - 1 Tel. (06131) 17 - 5150	Fax: 17 - 5566
Privatambulanz	Tel. (06131) 17 - 3130 Tel. (06131) 17 - 7286	Fax: 17 - 5566 Fax: 17 - 6620
Retinologie	Tel. (06131) 17 - 7133	Fax: 17 - 6620
Sehschule	Tel. (06131) 17 - 2588	Fax: 17 - 3455
Kontaktlinsen	Tel. (06131) 17 - 2529	Fax: 17 - 6620
Direktion	Tel. (06131) 17 - 7085	Fax: 17 - 6620

Nachname:

Vorname:

Geburtsdatum:

 Adresse:

 Telefon:
Krankenkasse: Neuer Patient ☐ ja ☐ nein
Anmeldung zur ☐ ambulanten ☐ Untersuchung ☐ Operation
☐ stationäre Aufnahme

Vorerkrankungen, Auge:

Vorerkrankungen, allgemein:

Sonstige Gründe:

Narkose: ☐ Lokalanästhesie OP innerhalb der nächsten Wochen
☐ Vollnarkose
Spezielle Kost bei stationärer Operation:
☐ Vegetarier ☐ Diabetiker ☐ Vollkost ☐ kein Schweinefleisch
Ambulante Sprechstunden:

- | | |
|---|---------------------------------|
| ☐ Allgemein-Sprechstunde | (Montag bis Mittwoch + Freitag) |
| ☐ AMD – Sprechstunde | (Montag bis Donnerstag) |
| ☐ Glaukomsprechstunde | (Mittwoch) |
| ☐ Hornhautsprechstunde | (Donnerstag) |
| ☐ Keratokonussprechstunde | (Dienstag) |
| ☐ Lasersprechstunde | (Freitag) |
| ☐ Lidsprechstunde | (Freitag) |
| ☐ Makula + Tumor – Sprechstunde | (Montag) |
| ☐ Orbitasprechstunde | (Dienstag) |
| ☐ Refraktive Sprechstunde | (Mittwoch) |

Telefonnummer der Augenarztpraxis für den Fall einer Rückfrage:

.....
Ort, Datum.....
Unterschrift.....
Praxisstempel