

Patient:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

E-Mail: _____ Tel.-Nr.: _____

Straße: _____ PLZ / Ort: _____

Versichert: privat gesetzlich (Krankenkasse) _____

(Einverständnis der Datenübertragung des Patienten liegt uns vor)

Diagnose: _____ RA LA

ANMELDUNG ZUR SPRECHSTUNDE:

Allg. Sprechstunde	<input type="checkbox"/>	Uveitis / Rheumatologie	<input type="checkbox"/>
Netzhaut, Glaskörper	<input type="checkbox"/>	Sehschule / Schiel-OP	<input type="checkbox"/>
AMD Sprechstunde / IVOM	<input type="checkbox"/>	Tränenweg	<input type="checkbox"/>
Katarakt / Nachstar	<input type="checkbox"/>	Lid	<input type="checkbox"/>
Glaukom	<input type="checkbox"/>	Bindehaut	<input type="checkbox"/>

ANMELDUNG ZUR OPERATION

AMBULANT

Netzhautchirurgie / Glaskörper	<input type="checkbox"/>	Kataraktchirurgie	<input type="checkbox"/>
Glaskörperchirurgie	<input type="checkbox"/>	Lidchirurgie	<input type="checkbox"/>
Laserbehandlung	<input type="checkbox"/>	Augenmuskel-OP	<input type="checkbox"/>
- PDT	<input type="checkbox"/>	IVOM	<input type="checkbox"/>
- YAG-KT	<input type="checkbox"/>	2-Port Vitrektomie	<input type="checkbox"/>
- MicroPuls	<input type="checkbox"/>	3-Port/4-Port PPV	<input type="checkbox"/>
- NH-Laser	<input type="checkbox"/>		

ALLG. INFORMATIONEN

Erstvorstellung	<input type="checkbox"/>	Patient bei Ihnen bekannt	<input type="checkbox"/>
Notfall	<input type="checkbox"/>	Eilfall (innerhalb 2-4 Wochen)	<input type="checkbox"/>
Eilfall (innerhalb 14 Tage)	<input type="checkbox"/>	regulärer Termin	<input type="checkbox"/>

BESONDERHEITEN

Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	gehbehindert	<input type="checkbox"/>
es besteht gesetzl. Betreuung	<input type="checkbox"/>		

Datum _____ Unterschrift _____ Praxisstempel _____

Augenzentrum Prof. Dr. Koch GmbH
Georg-Baumgarten-Str. 3
60549 Frankfurt a. M.
E-Mail: info@augenzentrumfrankfurt.de



RÜCKMELDUNG AN ZUWEISER / PRAXIS: _____

Patient: Name _____

Vorname: _____

Geb-Datum: _____

Hat einen Termin am:

- Montag, _____, Uhrzeit _____
- Dienstag, _____, Uhrzeit _____
- Mittwoch, _____, Uhrzeit _____
- Donnerstag, _____, Uhrzeit _____
- Freitag, _____, Uhrzeit _____

Mit freundlichen Grüßen

Augenzentrum Prof. Dr. Koch GmbH