

Universitätsmedizin Rostock · PF 10 08 88 · 18055 Rostock

**Anmeldung eines Patienten für die Ambulanz in
der Augenklinik der Universitätsmedizin Rostock**

Faxanmeldung: 0381/4948522

Absender/Augenarzt Terminrückmeldung an Telefon, Fax	Stempel
Patientendaten	
Name _____	Vorname _____
Geburtsdatum _____	Telefonnummer _____
Patient ist in der Augenklinik bekannt? ☐ Ja ☐ nein	
Erkrankung/Fragestellung	
Sprechstunde	
☐ Privatsprechstunde	☐ Sehschule / Kinderabteilung
☐ Netzhaut / Uveitis / IVOM	☐ Hornhautsprechstunde
☐ Glaukom	☐ Tumorsprechstunde bestrahlt: ja / nein
☐ Cataract	☐ YAG – Laser RA / LA
☐ Liderkrankungen, Tränenwege, Sicca	☐ amb. Cataract - OP
☐ Endokrine Orbitopathie	☐ Chalazion (sofortige OP? Ja/ Nein)
Dringlichkeit	
☐ elektiver Termin	☐ Eilfall (innerhalb 14 Tagen)
☐ Notfall	
Bitte teilen Sie Ihrem Patienten folgende Terminvereinbarung mit :	
<u>Datum:</u> _____	<u>Uhrzeit:</u> _____