

Universitätsmedizin Rostock · PF 10 08 88 · 18055 Rostock

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

**Faxanmeldung: 0381/4948522**

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