

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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein	
Erkrankung/Fragestellung	
Sprechstunde	
<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)
Dringlichkeit	
<input type="checkbox"/> elektiver Termin <input type="checkbox"/> Eilfall (innerhalb 14 Tagen) <input type="checkbox"/> Notfall	
Bitte teilen Sie Ihrem Patienten folgende Terminvereinbarung mit :	
<u>Datum:</u> _____	<u>Uhrzeit:</u> _____