

Krankenkasse bzw. Kostenträger
Name, Vorname des Versicherten geb. am

Klinik und Poliklinik für Augenheilkunde

Kommissarischer Klinikdirektor:
PD Dr. k.m.n. L. Lytvynchuk PhD
Friedrichstraße 18, 35385 Giessen
Infozentrale:
Telefon: 0641 985 – 43820
Telefax: 0641 985 - 43809
Augenlinik.Gi@uk-gm.de

Anfordernder Augenarzt

von Augenklinik auszufüllen
Vergebener Termin:
am
um

Terminart Gesetzlich Privat

**Überweisungsgrund/
Fragestellung:** _____

Bitte um Terminvereinbarung für folgende Sprechstunde*

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Netzhaut | <input type="checkbox"/> Uveitis |
| <input type="checkbox"/> Katarakt | <input type="checkbox"/> Intraokuläre Tumore |
| <input type="checkbox"/> Vorderabschnitt
(Bindehaut, Iris, Linse, Nachstar) | <input type="checkbox"/> Strabologie/Neuroophthalmologie
<input type="radio"/> eilig <input type="radio"/> regulär |
| <input type="checkbox"/> Hornhaut | <input type="checkbox"/> Genetische Augenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Glaukom | <input type="checkbox"/> Kinderophthalmologie |
| <input type="checkbox"/> Lid/Tränenwege | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ |

* bitte mindestens ein Feld ausfüllen.

Formular ausdrucken und per Fax an:

Allg. Ambulanz: 0641/98543909

Priv. Ambulanz: 0641/98543809

Telefonnummer Patient: _____

E-Mailadresse Patient: _____

Terminmitteilung an

Augenarzt Patienten

Ich bin mit der Weitergabe meiner medizinischen Daten an das UKGM (Standort Gießen) per FAX/E-Mail einverstanden und kann die Einwilligung jederzeit widerrufen.

Datum, Unterschrift Patient/in