

## Patientenanmeldung – Fax 0421 5665-299

Adressfeld KVK

Ihr Praxisstempel

**Augenärzte:**

Dr. med. Tobias Hübner  
 Priv.-Doz. Dr. med. Silvia Bopp  
 Priv.-Doz. Dr. med. Andreas Schüler  
 Dr. med. Melanie Hellermann  
 Dr. med. Stoyan Stoyanov  
 Yasmin Neubert-Shah  
 Dr. med. Boyana Paun, FEBO  
 Dr. med. Tamara Tiburtius

<b>Tel. Patient: (wichtig!)</b>	Festnetz:	Mobil:
<b>Patient bei uns bekannt?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>1.) Dringlichkeit Termin:</b>	<input type="checkbox"/> Notfall	<input type="checkbox"/> dringlicher Fall (Zeitfenster ?):
	<input type="checkbox"/> nächster regulärer Termin	
<b>2.) Anmeldung für:</b>	<input type="checkbox"/> GKV Sprechstunde	<input type="checkbox"/> Diagnostik / Mitbeurteilung
	<input type="checkbox"/> PKV Sprechstunde	<input type="checkbox"/> Operation / Laser

**3.) Sprechstunde / Schwerpunkt:**

<input type="checkbox"/> Netzhaut – (ohne diabetische Retinopathie: z.B. Ablatio, Makulaloch, Pucker, etc.)	<input type="checkbox"/> OCT
<input type="checkbox"/> Diabetes / Gefäßerkrankungen, z.B. Venenverschluß	<input type="checkbox"/> FAG
<input type="checkbox"/> Glaukom	<input type="checkbox"/> RNFL
<input type="checkbox"/> Katarakt	<input type="checkbox"/> Fundusphoto / FAF
<input type="checkbox"/> ohne Nebendiagnose	<input type="checkbox"/> Ultraschall
<input type="checkbox"/> mit Nebendiagnose	<input type="checkbox"/> Gesichtsfeld
<input type="checkbox"/> Schieloperation	<input type="checkbox"/> HH-Topo (Orbscan)
<input type="checkbox"/> Liderkrankungen	<input type="checkbox"/> HH-Endothel
<input type="checkbox"/> Tränenwegsoperation	<input type="checkbox"/> LK / YAG
<input type="checkbox"/> andere, z.B.:	

**4. Bestätigung**

<input type="checkbox"/> Rückruf der Augenklinik zwecks Terminabklärung erwünscht	<input type="checkbox"/> sofort
	<input type="checkbox"/> bei Gelegenheit
<input type="checkbox"/> Rückbestätigung des Termins per Fax	
<input type="checkbox"/> Termin mit Patienten besprechen – kein Rückruf erwünscht	

**5.) Ihre Diagnose / Bemerkungen:**

**Wichtig! Bitte dem Patienten mitgeben:**

ÜW-Schein, Vorbefunde (Korrespondenz, Befunde, Medikation), ggf. Wegbeschreibung

