

Patientenanmeldung – Fax 0421 5665-299

Adressfeld: Ihr Kunde / Ihre Kundin

Ihr Geschäftsstempel

Augenärzte:

Dr. med. Tobias Hübner, FEBO
Priv.-Doz. Dr. med. Silvia Bopp
Dr. med. Melanie Hellermann
Dr. med. Stoyan Stoyanov
Hauke Meyer
Amir Khouzam, FEBO

Tel. Patient (wichtig!): Festnetz: _____ Mobil: _____
E-Mail: _____

Sie wünschen eine augenmedizinische Abklärung bei Ihrem Klienten, der/die bei Ihnen folgende Auffälligkeiten zeigt:

- ☐ Keine volle Sehschärfe mit Refraktionsausgleich
- ☐ Subj. Sehstörung trotz optimalem Refraktionsausgleich
- ☐ Auffälligkeit an Diagnostikgeräten oder beim Screening an Spaltlampe, Topograph, OCT, Kamera u.a.
- ☐ Anderes

Bemerkungen, Refraktionsdaten:

Wir freuen uns, wenn Sie dem Patienten relevante Befunde aushändigen würden.

Hinweisen möchten wir noch darauf, dass Patienten einen ärztlichen Bericht von uns erhalten werden. Ob sie die Befunde mit Ihnen teilen, damit Sie eine Rückmeldung bekommen, liegt im Ermessen der Patienten.

Wir bedanken uns für Ihr Vertrauen.

Ort, Datum: _____ Ansprechpartner: _____ Tel.: _____