

Patientendaten

Praxisstempel

**An das Sekretariat der Klinik für Augenheilkunde
Bürgerhospital Frankfurt am Main**

per Telefax Nr. (069) 1500 – 307

Ich bitte um einen Termin in Ihrer Klinik für meine Patientin / meinen Patienten

Tel.-Nummer, Patient: _____

Private-Untersuchung:

- Prof. Dr. med. Dr. med. habil. F. Hengerer, Chefarzt der Augenklinik
 Dr. med. R. Krist, Chefarzt der Klinik für Netzhauterkrankungen

Termine für gesetzlich versicherte Patienten:

- Voruntersuchung bei bestehender Katarakt / ambulante Katarakt-Operation
 IVOM-Behandlung
 Laser-Untersuchung
 Netzhaut
 Glaukom (Grüner Star)
 Hornhaut
 Keratokonus

Sonstige Abklärung:

**Bitte beachten Sie die Übersichtstabelle „Erfordernis einer Verordnung für
Krankenhausbehandlung“, damit Sie ihren Patienten die richtigen administrativen Unterlagen
aushändigen können.**

Erstvorstellung in der Augenklinik des Bürgerhospitals: Ja Nein, zuletzt _____

Diagnose(n): _____

Fragestellung: _____

Zur Operation: _____ Lokalanästhesie Allgemeinanästhesie

Dringlichkeit: hoch elektiv

Datum / Unterschrift