

Absender (Praxisstempel)
mit Faxnummer

Patientendaten

Name, Vorname	
Geb.-Dat.	
Anschrift	
Tel. Patient/in:	

Terminvereinbarung in der Ambulanz für Orthoptik, Neuro- und Kinderophthalmologie

Anmeldung per **Fax an 0251 83 - 57523**

Patient/in ist mit der Fax-Übertragung zwischen Praxis und Klinik für Augenheilkunde, UKM, einverstanden.

Informationen (Bitte ein Fax pro Patient)

Fragestellung

[Large empty box for writing the question.]

Aktuelle Sehschärfe Linkes Auge: Rechtes Auge:

Neupatient

Kontrolle

Regulär

Eilig

Anmeldung für eine bestimmte Sprechstunde

Orthoptik / Kinderophthalmologie
Endokrine Orbitopathie & Orbita
Neuroophthalmologie
Oberlidfehlstellung / Ptosis
Botulinumtoxin

Wird von der Augenklinik ausgefüllt!

Vergebener Termin:

[Large empty box for the doctor's signature.]