



**PER E-MAIL**  
ivom@augen-krefeld.clinic



**PER TELEFON**  
02151 - 5319360



**PER FAX**  
02151 - 5351043

Anmeldender Arzt/Praxis \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

## Kontaktdaten Patient/in:

\_\_\_\_\_  
Name / Vorname des Versicherten

\_\_\_\_\_  
geb. am

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse

\_\_\_\_\_  
Email

## Verdachtsdiagnose:

RA

LA

AMD

venöser Verschuß

DMÖ / DRP

Sonstige \_\_\_\_\_

## Krankheitsverlauf:

Akut < 2 Wochen

> 4 Wochen

## Oculus Ultimus:

Ja

Nein

## Dringlichkeit:

innerhalb 48 h

1-2 Wochen

\_\_\_\_\_

Das OP-Zentrum Weyerhofstraße darf direkt mit der/m Patientin/en einen Termin vereinbaren!

Ich wünsche eine telefonische / schriftliche Bestätigung des Termins für die/den Patientin/en.

Meine Kontaktdaten lauten \_\_\_\_\_

## Mitgabe von Dokumenten für Patient:

Überweisung

ggf. Karteiauszug / Epikrise

ggf. OCT