

Terminanfrage an Fax-Nr. 0561/9806874

<u>Absender</u> (Praxisstempel)		Ansprechpartner für Rückfragen	
		Name:	
		Tel-Nr.:	Fax-Nr. für Antwortfax:
		E-Mail:	
Patientendaten			
Name		Straße	
Vorname		PLZ, Ort	
Geb.-Datum		E-Mail-Adresse	
Telefon		Mobiltelefon	
Name der Krankenkasse	<input type="checkbox"/> GKV <input type="checkbox"/> PKV	Private Zusatzversicherung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Patient bekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Verdachtsdiagnose Fragestellungen			
Visus	RA:	LA:	
Tensio	RA:	LA:	
Bisherige Therapie	RA:	LA:	BA:
Gewünschte Behandlung	<input type="checkbox"/> Ambulante Vorstellung <input type="checkbox"/> Ambulante Operation <input type="checkbox"/> Stationäre Operation	<input type="checkbox"/> ambulante Katarakt OP <input type="checkbox"/> stationäre Katarakt OP <input type="checkbox"/> IVOM	
Dringlichkeit	<input type="checkbox"/> Eilfall (1-3 Tage), Begründung: <input type="checkbox"/> kurzfristig (< 1 Woche) <input type="checkbox"/> mittelfristig (<8 Wochen) <input type="checkbox"/> normal (> 8 Wochen)		
Abteilung	<input type="checkbox"/> Lider/Lidtumoren/Tränenwege <input type="checkbox"/> Glaukom <input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> Hornhaut <input type="checkbox"/> Netzhaut Gesichtsfeld:	<input type="checkbox"/> Cataract <input type="checkbox"/> Orthoptik <input type="checkbox"/> liegt bei
Antwort			

Ihre Terminanfrage wird wie folgt bestätigt

Datum		Zeit	
--------------	--	-------------	--

Anlaufstelle Gebäude M - Eingang 3, Ebene 2

Zum Termin bitten wir um Vorlage einer Überweisung vom Augenarzt sowie relevanter Vorbefunde.Terminmitteilung an Praxis Patient ist erfolgt
Terminänderung: Telefon 0561 980-3904 /-3901 (Privatpat.) - Montag bis Freitag 09.00-12.00 Uhr

Ich bin mit der Weitergabe meiner medizinischen Daten an die Augenklinik Kassel (Gesundheit Nordhessen Holding AG) per Fax einverstanden und kann die Einwilligung jederzeit widerrufen.

 Datum, Unterschrift Patient