UNIVERSITÄTSKLINIKUM GIESSEN UND MARBURG GMBH **KLINIK FÜR AUGENHEILKUNDE** STANDORT MARBURG DIREKTOR: PROF. DR. W. SEKUNDO	Formblatt Terminanfrage	FB Revision 2.0

Baldingerstraße, 30543 Marburg
Tel.: 06421-586 2600 (gesetzlich Versicherte) -586 6275 (privat Versicherte)
Fax: 06421-586 2474 (gesetzlich Versicherte) -586 5678 (privat Versicherte)

Krankenkasse bzw. Kostenträger Name, Vorname des Versicherten geb. am Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status Vertragsarzt-Nr. VK gültig bis Datum	Praxisstempel: **<u>Vergebener Termin:</u>**
Versicherung: □ Gesetzlich □ Privat □ Selbstzahler	□ Neuer Patient □ Kontrolle

Dringlichkeit: □ Notfall* □ Eilfall* □ Elektiv
*Bitte Ansprechpartner und Telefonnummer angeben.
Ansprechpartner: Telefon:

Überweisungsgrund/Diagnose/Fragestellung:

Bitte um Terminvereinbarung für folgende Sprechstunde/Operation:	Gewünschte Spezialuntersuchungen
□ Poliklinik/Allgemein □ Netzhaut-Sprechstunde □ Glaukom-Sprechstunde □ Tumor-Sprechstunde □ Lid-Sprechstunde □ Hornhautsprechstunde □ Refraktive Sprechstunde □ Katarakt-Operation □ Laser (Argon/YAG) □ Sehschule □ Stationärer Termin zu……..	□ OCT □ FAG □ Fotodokumentation □ HRT (IgeL) □ Perimetrie (30°, Goldmann) □ Ultraschall □ Elektrophysiologie □ Hornhaut-Topographie □ Endothelzellmessung □ Pachymetrie □ Pentacam □ Histologie

Terminmitteilung an: □ Patient □ Arzt

Bearbeitet am: von:

Für den Patienten zu beachten:

- bitte bringen Sie für jedes Quartal einen gültigen Überweisungsschein mit
- bitte am Untersuchungstag nicht selbst fahren, da sonst eine komplette Untersuchung mit Pupillenweitstellung nicht möglich ist
- bitte bringen Sie eine Liste Ihrer aktuellen Medikation, sowie aller Ihrer Erkrankungen und ihre Brillen mit