Krankenkasse bzw. Kostenträger	
Name, Vorname des Versicherten	geb. am

Klinik und Poliklinik für Augenheilkunde

Direktor:
Prof. MUDr. M.Rehak
Friedrichstraße 18, 35385 Giessen
Infozentrale:
Telefon: 0641 985 – 43820
Telefax: 0641 985 - 43809
augenklinik@uniklinikum-giessen.de

Anfordernder Augenarzt

von Augenklinik auszufüllen

Vergebener Termin:

am

um

Terminart Gesetzlich Privat

**Überweisungsgrund/
Fragestellung:** _____

Dringlichkeit eilig regulär

Bitte um Terminvereinbarung für folgende Sprechstunde*

☐ Glaukom	☐ Lid/Botox Sprechstunde
☐ Hornhaut Sprechstunde	☐ YAG Laser
☐ Makula/Netzhaut Sprechstunde
(konservativ)	☐ Strabologie-Neuroophthalmologie
☐ Netzhaut Sprechstunde (chirurgisch)	☐ Elektrophysiologie/Genetik
☐ Intraokuläre Tumore	☐ Kinderophthalmologie
☐ Katarakt Sprechstunde	☐ Sonstige: _____
☐ Uveitis Sprechstunde	

* bitte mindestens ein Feld ausfüllen.

Formular ausdrucken und per Fax an:

Allg. Ambulanz: 0641/98543909

Priv. Ambulanz: 0641/98543809

Telefonnummer Patient: _____

E-Mailadresse Patient: _____

Terminmitteilung an

Augenarzt Patienten

Ich bin mit der Weitergabe meiner medizinischen Daten an das UKGM (Standort Gießen) per FAX/E-Mail einverstanden und kann die Einwilligung jederzeit widerrufen.

Datum, Unterschrift Patient/in