

**Klinik und Poliklinik für Augenheilkunde**

**Direktor der Klinik:**

Univ. Prof. Dr. L. Lytvynchuk, PhD

Friedrichstrasse 18

35385 Gießen

Anfordernder Augenarzt

**Terminart**

gesetzlich     privat

regulär     eilig

per Fax/email an:  
**Allg. Ambulanz: 0641/985 439 09**  
**augenklinik.terminvergabe@uk-gm.de**

**Überweisungsgrund/  
Fragestellung**

**Bitte um Terminvereinbarung für folgende Sprechstunde**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Netzhaut  | <input type="checkbox"/> Uveitis                         |
| <input type="checkbox"/> Katarakt  | <input type="checkbox"/> Intraokuläre Tumore             |
| <input type="checkbox"/> Vorderabschnitt<br>(Bindegewebe, Iris, Linse, Nachstar) | <input type="checkbox"/> Strabologie/Neuroophthalmologie |
| <input type="checkbox"/> Hornhaut  | <input type="checkbox"/> Genetische Augenerkrankungen    |
| <input type="checkbox"/> Glaukom   | <input type="checkbox"/> Kinderophthalmologie            |
| <input type="checkbox"/> Lid/Tränenwege  | <input type="checkbox"/> Sonstige                        |

**Patientendaten zur Kontaktaufnahme (Der Termin wird dem Patienten mitgeteilt):**

Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Email Adresse: \_\_\_\_\_

Ich bin mit der Weitergabe meiner medizinischen Daten an das UKGM (Standort Gießen) per Fax/Email einverstanden und kann die Einwilligung jederzeit widerrufen

Datum/Unterschrift Patient/in