



Fax-Anmeldung

zum Zentrum für Augenheilkunde
am Universitätsklinikum Essen

**Klinik für den hinteren
Augenabschnitt**

Direktor: Prof. N. Bornfeld

Absender: Praxisstempel (mit lesbarer Fax-Nummer)

Poliklinik
des Zentrums für Augenheilkunde der
Universitätsklinik Essen
Hufelandstraße 55

45122 Essen

Ort, Datum

- Terminanforderung **Allgemeine Ambulanz** Fax: 0201-723-5917
- Terminanforderung **Tumorsprechstunde** Fax: 0201-723-2915
- Terminanforderung **Private Ambulanz** Fax: 0201-723-5748

- Regulärer Termin
- Dringender Termin
- Vorstellung zur Operation
- Notfall, bitte Anruf: _____

Angaben zum Patienten

Name	Vorname
Straße	PLZ Ort
Geburtsdatum	Telefon

- Erstvorstellung
- In der Augenklinik bekannt
- Versicherung: gesetzlich privat stationär privat

Diagnose(n)

Seit wann

Bitte erleichtern Sie uns die Zuordnung und machen Sie möglichst exakte Angaben

- Makulopathie, Angiographie, PDT
- Diabetische Retinopathie
- Elektrophysiologie
- Laserbehandlung
- Gliose, Makulaforamen
- Ablatio
- Fluoreszenzangiographie
- Tumor

**Innerhalb von zwei Werktagen nach Eingang des ausgefüllten Faxformulars
erhalten Sie einen Termin für die Vorstellung Ihres Patienten in unserer Klinik.**