Bitte faxen Sie diese Zuweisung an die +49 (0) 201 723 -5917

Zuweisung

an die

Klinik für Augenheilkunde des Universitätsklinikums Essen – Ambulanz/Sprechstunden

PatientInnen-Daten

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Nachname _____

E-Mail-Adresse _____

Telefon _____

Versicherung _____

Straße _____

gesetzlich

privat

PLZ/Ort _____

Diagnose

konkrete
Fragestellung

Befunde

Refraktion + Visus RA

Druck RA

mmHg

Refraktion + Visus LA

Druck LA

mmHg

Zuweisung zu folgender Spezialsprechstunde:

☐ Diabetes	☐ Hornhaut&Sicca	☐ Makula	☐ Neuroophthalmologie
☐ Frühgeborenenretinopathie	☐ Katarakt	☐ Netzhautchirurgie	☐ Sehschule/Sehbehindertenamb.
☐ Glaukom	☐ Lider	☐ Netzhautdystropie	☐ Unklare Visusminderung
			☐ Uveitis

Onkologie:

vorderer Augenabschnitt hinterer Augenabschnitt Kinder

Notfall?

ja nein

_____
Datum

_____
Unterschrift

_____
Praxisstempel

Hinweis: Für die bessere Betreuung der PatientInnen bitten wir um Weiterleitung aller aktuellen und relevanten Befunde!