

Bitte faxen Sie diese Zuweisung an die +49 (0) 201 723 -5641

Zuweisung

Sehbehindertenambulanz

Klinik für Augenheilkunde des Universitätsklinikums Essen

PatientInnen-Daten

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Nachname _____

E-Mail-Adresse _____

Telefon _____

Versicherung _____

Straße _____

gesetzlich

privat

PLZ/Ort _____

Augen Diagnose

Allgemeine Diagnosen

Augen Diagnose seit wann? _____

konkrete
Fragestellung

Befunde

Refraktion + Visus RA:

Refraktion + Visus LA:

Notfall?

ja

nein

Datum

Unterschrift

Praxisstempel

Hinweis: Für die optimale Betreuung der PatientInnen bitten wir um Weiterleitung aller aktuellen und relevanten Befunde. Bitte beachten Sie, dass aus organisatorischen Gründen nicht alle vorab eingereichten Unterlagen gesichert werden können und deshalb alle Unterlagen in Kopie zur Untersuchung mitgebracht werden müssen.

Wenn Sie uns die Informationen im Namen Ihrer Patienten übermitteln, z.B. durch dieses Formular, gehen wir davon aus, dass Ihre Patienten diesem Schritt zugestimmt haben!