

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

# Zuweisung

## Sehschule/Orthoptik

Klinik für Augenheilkunde des Universitätsklinikums Essen

### PatientInnen-Daten

Vorname \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Versicherung \_\_\_\_\_

gesetzlich

privat

Diagnose

ICD-10

Seit wann?

konkrete  
Fragestellung

  

Befunde

Refraktion + Visus RA:

Covertest:

Refraktion + Visus LA:

Motilität:

Okklusionstherapie  ja seit \_\_\_\_\_

nein

CT/MRT Orbita  ja von \_\_\_\_\_

nein

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!**