

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

Ort PLZ/ _____

Diagnose

konkrete Fragestellung

Befunde Refraktion + Visus RA Druck RA mmHg
 Refraktion + Visus LA Druck LA mmHg

Zuweisung zu folgender Spezialsprechstunde:

- | | | | |
|---|--------------------------------------|---|--|
| <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Hornhaut&Sicca | <input type="radio"/> Makula | <input type="radio"/> Neuroophthalmologie |
| <input type="radio"/> Frühgeborenenretinopathie | <input type="radio"/> Katarakt | <input type="radio"/> Netzhautchirurgie | <input type="radio"/> Sehschule/Sehbehindertenamb. |
| <input type="radio"/> Glaukom | <input type="radio"/> Lider | <input type="radio"/> Netzhautdystropie | <input type="radio"/> Unklare Visusminderung |
| | | | <input type="radio"/> Uveitis |
- Onkologie:
- | | |
|---|----------------------------|
| <input type="radio"/> vorderer Augenabschnitt | Notfall? |
| <input type="radio"/> hinterer Augenabschnitt | <input type="radio"/> ja |
| <input type="radio"/> Kinder | <input type="radio"/> nein |

Datum _____ Unterschrift _____ Praxisstempel

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

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!