



Klinik für Augenheilkunde, Klinikum der Goethe-Universität Frankfurt am Main  
Theodor-Stern-Kai 7, Haus 8B  
60590 Frankfurt am Main

Direktor: Prof. Dr. med. Chr. Ohrloff

## Bitte um Terminvergabe

(bitte ausfüllen und faxen)

### Allgemeine Poliklinik (Hochschulambulanz)

**Fax: 069-6301-5233**

#### Spezialsprechstunden:

- |   |                    |  |
|---|--------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Netzhaut, Glaskörper   | Montag, Donnerstag | OA Krüger, Dr. Koss                    |
| <input type="checkbox"/> sekundäre IOL-Implantation   | Montag             | Prof. Kohnen                           |
| <input type="checkbox"/> optisch bedingte Sehstörungen (SAOC)   | Montag             | PD Bühren                              |
| <input type="checkbox"/> Glaukom, Neuro-Ophthalmologie, Orbita  | Dienstag           | PD Bühren                              |
| <input type="checkbox"/> Lider, Bindehaut, Hornhaut, Linse  | Mittwoch           | PD Bühren                              |
| <i>„große“ Lidchirurgie (z.B. Basaliome, Plastiken) bitte in der Sehschule unter 069-6301-7795 anmelden</i> |                    |  |
| <input type="checkbox"/> Uveitis  | Mittwoch           | PD Bühren, PD Wahle (ZIM)              |
| <input type="checkbox"/> Keratoplastik, Keratokonus   | Donnerstag         | Prof. Kohnen, PD Baumeister, PD Bühren |

### Ambulante Katarakt-Chirurgie

**Fax: 069-6301-5805**

Montag, Donnerstag Prof. Kohnen, PD Baumeister, PD Bühren

Patientenname: .....

Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

Erstvorstellung:  ja  nein      Dringlichkeit:  sofort (Notfall)  
 innerhalb der nächsten 2 Wochen (Eilfall)  
 .....  
 keine (nächster regulärer Termin)

Diagnose: .....

Fragestellung (bitte unbedingt angeben): .....

.....  
 .....

Spezialdiagnostik erwünscht? .....

.....  
 .....

Stempel des einweisenden Arztes

**Telefonnummer des Patienten:** .....

*Der Patient wird innerhalb der nächsten 3 Werktage zwecks telefonischer Terminvereinbarung von uns angerufen.*