Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

KLINIK FÜR AUGENHEILKUNDE
Goethe-Universität Frankfurt am Main

Direktor: Prof. Dr. T. Kohnen

Abteilung für Kinderaugenheilkunde, Schielbehandlung, Lid- und Tränenwegschirurgie

Leiterin: OÄ Dr. Y. Wenner

Bitte um Terminvergabe

Bitte ausfüllen und faxen: **Fax: 069 – 6301 – 7795**

Spezialsprechstunden:	
☐ allgemeine Privatsprechstunde	Montag (Nachmittag)
☐ allgemeine Kinderaugenheilkunde	Montag – Freitag
☐ Schielbehandlung	Montag – Freitag
☐ Neuro-Ophthalmologie	Montag – Freitag
☐ Lidchirurgie	Montag und Freitag (Vormittag)
☐ kindliche Katarakt (Prof. Kohnen)	Dienstag (Nachmittag)
☐ Blepharospasmus	Dienstag (Vormittag)
☐ Frühgeborenen – Sprechstunde	Donnerstag (Vormittag)
☐ Tränenwegerkrankungen	Donnerstag
☐ Sonderuntersuchung *(Bitte unten notieren)*	

Erstvorstellung: ☐ ja ☐ nein

Dringlichkeit:
☐ sofort (Notfall)
☐ innerhalb der nächsten 2-4 Wochen (Eilfall)
☐ keine (nächster regulärer Termin)

☐ ……

Krankenversicherung: ☐ Gesetzlich ☐ Privat

Diagnose:
……

Fragestellung *(bitte unbedingt angeben)*:

……

……

……

Sonderuntersuchung erwünscht? ……

……

Stempel des einweisenden Arztes

Telefonnummer des Patienten: ……

Der Patient wird innerhalb der nächsten 5 Werktage zwecks telefonischer Terminvereinbarung von uns angerufen.