

Krankenkasse bzw. Kostenträger	
Name, Vorname des Versicherten	geb. am



Direktor: Prof. Dr. T. Kohnen

**Abteilung für Kinderaugenheilkunde,
Schielbehandlung, Lid- und
Tränenwegschirurgie
Leiter: OÄ Dr. Y. Wenner**

Bitte um Terminvergabe

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

Spezialsprechstunden:

- allgemeine Privatsprechstunde
- allgemeine Kinderaugenheilkunde
- Schielbehandlung
- Neuro-Ophthalmologie
- Lidchirurgie
- kindliche Katarakt (Prof. Kohnen)
- Blepharospasmus
- Frühgeborenen – Sprechstunde
- Tränenwegerkrankungen
- Sonderuntersuchung (*Bitte unten notieren*)

- Montag (Nachmittag)
- Montag – Freitag
- Montag – Freitag
- Montag – Freitag
- Montag und Freitag (Vormittag)
- Dienstag (Nachmittag)
- Donnerstag (Vormittag)
- Donnerstag (Vormittag)
- Donnerstag (Nachmittag)

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.