

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



Direktor: Prof. Dr. T. Kohnen

Hochschulambulanz

Bitte um Terminvergabe
(bitte ausfüllen und faxen)

Allgemeine Poliklinik (Hochschulambulanz) Fax: 069 – 6301 – 5233

Spezialsprechstunden:		
Bindehaut, Hornhaut, Linse, YAG-Laser	Montag, Freitag	Fr. Kenikstul
Neuro-Ophthalmologie, Orbita	Montag	Fr. Kenikstul
Netzhaut, Glaskörper	Dienstag, Donnerstag	Dr. Singh Dr. Müller, Fr. Kenikstul
Glaukom	Mittwoch	Dr. Müller, Fr. Kenikstul
Uveitis	Mittwoch	Fr. Kenikstul
Uveitis + Rheumatologie	Freitag	Dr. Braner (Rheumatologie)
<input type="checkbox"/> Sicca-Sprechstunde	Montag, Freitag	Dr. Löffler

Abteilung Vorderer Augenabschnitt und Refraktive Chirurgie Fax: 069 – 6301 – 5805

Spezialsprechstunden:		
<input type="checkbox"/> Katarakt-Chirurgie	Montag/Mittwoch/ Donnerstag	Dr. Shajari, Fr. Varna-Tigka, Prof. Kohnen Dr. Schmack
<input type="checkbox"/> Sekundäre IOL-Implantation	Montag	Prof. Kohnen, Dr. Shajari
<input type="checkbox"/> Keratoplastik, Keratokonus	Dienstag, Donnerstag	Prof. Kohnen, PD Schmack, Dr. Shajari
<input type="checkbox"/> Refraktive Chirurgie	Dienstag, Mittwoch, Freitag	Prof. Kohnen

Erstvorstellung: ja nein

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

Krankenversicherung: Gesetzlich Privat

Diagnose (bitte unbedingt angeben):

Fragestellung (bitte unbedingt angeben):

Spezialdiagnostik erwünscht?

Telefonnummer des Patienten:

Stempel des einweisenden Arztes

*Wir bitten Sie vorhandene Befunde wie Perimetrie, Pachymetrie, OCT, HRT o. Ä. mitzugeben oder zu übermitteln.
 Der Patient wird innerhalb der nächsten 3 Werktage zwecks telefonischer Terminvereinbarung von uns angerufen.
 Bei **Notfällen** bitten wir Sie um eine telefonische Ankündigung, falls der Patient schon auf dem Weg in die Klinik ist.*