

OP-Anmeldung für Überweiser

PER EMAIL

rothenbaum@augencentrum-hamburg.de

PER TELEFON

Tel: 040 / 235 145 5-0

PER FAX

Fax: 040 / 235 14 55 29

Anmeldender Arzt/Praxis _____ Datum _____

Kontakt Daten Patient/in:

Name / Vorname des Versicherten

geb. am

Telefon

Krankenkasse

Email

☐ Terminvorschlag Voruntersuchung / Beratung + ggf. OP-Termin _____

OP:

- ☐ intravitreale Injektion (IVOM), inkl. Diagnostik _____
- ☐ Cataract-OP R/L _____ ☐ Tropfanästhesie _____ ☐ Kurznarkose _____
- ☐ refraktiver Eingriff (SMILE PRO, LASIK, ICL etc.) _____
- ☐ Hornhaut-OP R/L (DMEK, Cross-Linking) _____
- ☐ drucksenkender Eingriff (MIGS, iStent, CPK etc.) R/L _____
- ☐ Lidchirurgie / Tumor / Okuloplastik _____
- ☐ Corneal Cross-Linking (Keratokonius) _____
- ☐ Lasereingriff: Nachstar I Netzhaut I SLT (grüner Star) _____
- ☐ Netzhaut/Glaskörper Ops: (Gliose, Membrane peeling, Ablatio, Diabetes Mellitus etc.) _____

Termin ab: ☐ schnell _____ ☐ ca. _____

OP Anmeldung für:

- ☐ Priv.-Doz. Dr. Johannes Gonnermann ☐ nach Verfügbarkeit
☐ Priv.-Doz. Dr. Tim Schultz

☐ Das AugenCentrum Hamburg am Rothenbaum darf direkt mit der/m Patientin/en einen Termin vereinbaren!

☐ Ich wünsche eine telefonische / schriftliche Bestätigung des Termins für die/den Patientin/en.

☐ Meine bevorzugten Kontaktdaten lauten _____