

FAG / IVOM-Anmeldebogen

PER EMAIL

info@augencentrum-hamburg.de

PER TELEFON / HANDY

Mobil: 0157 / 32921509
Tel: 040 / 444 6550 16

PER FAX

040 / 444 6550 29

Anmeldender Arzt/Praxis _____ Datum _____

Kontakt Daten Patient/in:

Name / Vorname des Versicherten

geb. am

Telefon

Krankenkasse

Email

Verdachtsdiagnose:

RA

LA

AMD

venöser Verschuß

DMÖ / DRP

Sonstige _____

Krankheitsverlauf:

Akut < 2 Wochen

> 4 Wochen

Oculus Ultimus:

Ja

Nein

Dringlichkeit:

innerhalb 48 h

1-2 Wochen

Das AugenCentrum Hamburg West 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 _____

Mitgabe von Dokumenten für Patient:

Überweisung

ggf. Karteiauszug / Epikrise

ggf. OCT