

Campus Kiel

Klinik für Ophthalmologie, Haus 25
Direktor: Univ.-Prof. Dr. J. Roeder
 Zugang: Hegewischstraße 2

Information:

Tel.: 0431 500- 24202, **Fax:** - 24204

Sprechstunden:

Poliklinik: nach Vereinbarung

Tel.: 0431 500- 24222, **Fax:** - 24204

Privat-Sprechstunde: nach Vereinbarung

Tel.: 0431 500- 24206, **Fax:** - 24208

Orth- und Pleoptik (Sehschule):

Tel.: 0431 500- 24310, **Fax:** - 24214

Arztpraxis: _____

Datum: _____

Tel. / Fax: _____

Hausarzt: _____

Anforderungsformular für ambulante Untersuchungen

(Bitte an die Fax-Nr. 0431 500-24204 zurückfaxen)

Patientenname: _____

Geb.-Dat.: _____ Tel.-Nr.: _____

Adresse: _____

Versicherung: _____

Diagnose: _____

+/- relevante _____

Nebendiagnosen: _____

Termindringlichkeit: _____
 (mit Begründung)

Gewünschter _____ Erstvorstellung: Zuletzt i.d. _____
 Terminzeitraum: _____ Augenklinik

Termin in der _____ Hornhaut / KP Glaukom Uveitis Lid
 Sprechstunde für: Netzhaut / Makula / Glaskörper Tumoren (intraok.) Sonstige

(Ab hier wird von der Augenklinik ausgefüllt!)

Terminbestätigung

Datum + Uhrzeit: _____

Wichtig: **Pupillenweitstellung, Anreise nicht mit eigenem PKW, Medikamentenplan, Glaukompass und vorliegende Gesichtsfelder mitbringen!**

Unterschrift
 Terminvergabe der Augenklinik: _____