

### Campus Kiel

Klinik für Ophthalmologie, Haus B2  
 Direktor: Univ.-Prof. Dr. J. Roider  
 Zugang: Hegewischstraße 2

UKSH, Klinik für Ophthalmologie, Campus Kiel, Haus B2, Arnold-Heller-Straße 3, 24105 Kiel

Arztpraxis : \_\_\_\_\_

Datum : \_\_\_\_\_

Tel. / Fax-Nr.: \_\_\_\_\_

Hausarzt : \_\_\_\_\_

#### 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

## 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 Terminzeitraum: \_\_\_\_\_  Erstvorstellung:  Zuletzt i.d. \_\_\_\_\_  
 Augenklinik

Termin in der Sprechstunde für:  Hornhaut / KP  Glaukom  Uveitis  Lid  
 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: \_\_\_\_\_

