|  |  |
| --- | --- |
| Vorlage Faxanmeldung Kopf | Praxisstempel: |
| **Vergebener Termin:** |
| Versicherung: □ Gesetzlich  □ Privat  □ Selbstzahler | □ Neuer Patient  □ Kontrolle |
| Dringlichkeit: □ Notfall\* □ Eilfall\* □ Elektiv  \*Bitte Ansprechpartner und Telefonnummer angeben.  Ansprechpartner: Telefon: | |
| Überweisungsgrund/Diagnose/Fragestellung: | |
| Bitte um Terminvereinbarung für folgende  Sprechstunde/Operation: | Gewünschte Spezialuntersuchungen |
| □ Poliklinik/Allgemein  □ Netzhaut-Sprechstunde  □ Glaukom-Sprechstunde  □ Tumor-Sprechstunde  □ Lid-Sprechstunde  □ Hornhautsprechstunde  □ Refraktive Sprechstunde  □ Katarakt-Operation  □ Laser (Argon/YAG)  □ Sehschule  □ Stationärer Termin zu……………………………………………………. | □ OCT  □ FAG  □ Fotodokumentation  □ HRT (IgeL)  □ Perimetrie (30°, Goldmann)  □ Ultraschall  □ Elektrophysiologie  □ Hornhaut-Topographie  □ Endothelzellmessung  □ Pachymetrie  □ Pentacam  □ Histologie |
| Terminmitteilung an: □ Patient □ Arzt | |
| Bearbeitet am: von: | |

**Baldingerstraße, 35033 Marburg**

**Privatpatienten:** Telefon: 06421/5866275, FAX: 06421/5865678

**Gesetzlich Versicherte:** Telefon: 06421/5862600, FAX: 06421/5862474

**Ich bin mit der Weitergabe meiner medizinischen Daten an das UKGM (Standort Marburg) per FAX einverstanden und kann die Einwilligung jederzeit widerrufen.**

**………………………………………….**

**Datum, Unterschrift Patient**