

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Vertragsarzt-Nr.

VK gültig bis

Datum

Telefonnummer des Patienten



Klinikum Frankfurt Höchst

Fax-Anmeldung Klinik für Augenheilkunde

Bitte an die Fax-Nr. **069 3106-3862** senden.

Bitte **unbedingt** ausfüllen!



Diagnose:

RA _____

LA _____

Anmeldung zur

- ambulanten Katarakt-Operation
- Lidsprechstunde
- AMD-Sprechstunde ▶

Neu

Kontrolle

Visus

RA _____ LA _____

vorheriger Visus

RA _____ LA _____

- Sehschule
- Allgemeine Sprechstunde
- Vitrektomie-Sprechstunde

Dringlichkeit:

- Notfall
 - ambulant
 - zur stationären Aufnahme
(Bitte telefonische
Rückmeldung abwarten)
- Eilfall (innerhalb v.14 Tagen)
- normaler Termin

Praxisstempel

Bestätigung durch die Augenklinik:

Wir haben Ihrem Patienten / Ihrer Patientin einen Termin am _____
telefonisch mitgeteilt.