

Patientendaten

Praxisstempel

**An das Sekretariat der Klinik für Netzhauterkrankungen  
Bürgerhospital Frankfurt am Main**

**per Telefax Nr. (069) 1500 – 8401**

Ich bitte um einen Termin in Ihrer Klinik für meine Patientin / meinen Patienten

Tel.-Nummer, Patient: \_\_\_\_\_

Termine für privat versicherte Patienten:

Dr. med. R. Krist, Chefarzt der Klinik für Netzhauterkrankungen

Termine für gesetzlich versicherte Patienten:

IVOM-Behandlung, bitte benutzen Sie gerne auch unser separates IVOM Formular

Laserkoagulation der Netzhaut

Netzhaut, Diagnostik allgemein

Sonstige Abklärung:

\_\_\_\_\_

**Bitte beachten Sie die Übersichtstabelle „Erfordernis einer Verordnung für Krankenhausbehandlung“, damit Sie ihren Patienten die richtigen administrativen Unterlagen aushändigen können.**

Erstvorstellung in der Augenklinik des Bürgerhospitals:  Ja  Nein, zuletzt \_\_\_\_\_

Diagnose(n): \_\_\_\_\_

Fragestellung: \_\_\_\_\_

Zur Operation: \_\_\_\_\_  Lokalanästhesie  Allgemeinanästhesie

Dringlichkeit:  hoch  elektiv

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift