

Einweiser-Fax-Formular

Praxisstempel

An das Sekretariat der Klinik für Augenheilkunde, Sektion für Lidchirurgie und Kinderaugenheilkunde des Bürgerhospitals Frankfurt am Main

Per Telefax Nr. (069) 1500 – 5621

Ich bitte um einen Termin in Ihrer Klinik für meine Patient:in _____

Tel.-Nr. Patient:in: _____

Private Untersuchung gewünscht:

- Prof. Dr. med. S. Pitz, leitende Oberärztin der Sektion für Lidchirurgie und Kinderaugenheilkunde

Termine für gesetzlich versicherte Patient:innen:

- Kinderaugenheilkunde
 Schielbehandlung
 Plastisch-rekonstruktive Lidchirurgie
 IGeL-Sprechstunde Selbstzahlerleistung (Chalazien, kleine Lidtumore)
 Neuroophthalmologie
 Tränenwegserkrankungen

Sonstige Abklärung:

- _____

Bitte beachten Sie die Übersichtstabelle „Erfordernis einer Verordnung für Krankenhausbehandlung“, damit Sie Ihrem/Ihrer Patient:in 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