

Patientendaten

Praxisstempel

**An das Sekretariat der Klinik für Kinderaugenheilkunde,
Schielbehandlung und plastisch-rekonstruktive Lidchirurgie
Bürgerhospital Frankfurt am Main**

per Telefax Nr. (069) 1500 – 5621

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

Tel.-Nummer, Patient: _____

Private-Untersuchung:

- Prof. Dr. med. Dr. med. habil. M. Luchtenberg, Chefarzt Klinik für Kinderaugenheilkunde,
Schielbehandlung und plastisch-rekonstruktive Lidchirurgie

Termine für gesetzlich versicherte Patienten:

- Kinderaugenheilkunde
 Schielbehandlung
 Plastisch-rekonstruktive Lidchirurgie
 IGeL-Sprechstunde Selbstzahlerleistung (bei Chalazien und kleine Lidtumore)
 IGeL-Sprechstunde (Malignität, Lidfehlstellung und Trichiasis)

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