

Patientendaten

Praxisstempel

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

**per Telefax Nr. (069) 1500 – 307**

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

Patient: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Tel.-Nummer: \_\_\_\_\_

Anmeldung zur:

- Diagnostik
- Intravitrealen operativen Medikamentengabe (IVOM)

Diagnose:

R

L

- feuchte AMD
- diabetisches Makulaödem
- Venenast- oder Zentralverschluss
- myope chorioidale Neovaskularisation
- vitreomakuläre Traktion
- andere

Gewünschter Behandlungsrhythmus bei IVOM:

- alle 4 Wochen
- alle 6 Wochen
- alle 8 Wochen
- alle 10 Wochen
- alle 12 Wochen / 1x im Quartal
- einmalig

Aktueller Visus: \_\_\_\_\_

Ein aktuelles OCT bringt der Patient zur IVOM mit:

Ja

Nein

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

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