|  |  |
| --- | --- |
| Vorlage Faxanmeldung Kopf | Praxisstempel: |
| **Vergebener Termin:** |
| Versicherung: □ Gesetzlich □ Privat □ Selbstzahler |  □ Neuer Patient □ Kontrolle |
| Dringlichkeit: □ Notfall\* □ Eilfall\* □ Elektiv\*Bitte Ansprechpartner und Telefonnummer angeben.Ansprechpartner: Telefon:   |
| Überweisungsgrund/Diagnose/Fragestellung:  |
| Bitte um Terminvereinbarung für folgende Sprechstunde/Operation: | Gewünschte Spezialuntersuchungen |
| □ Poliklinik/Allgemein□ Netzhaut-Sprechstunde □ Glaukom-Sprechstunde□ Tumor-Sprechstunde□ Lid-Sprechstunde□ Hornhautsprechstunde□ Refraktive Sprechstunde □ Katarakt-Operation□ Laser (Argon/YAG)□ Sehschule□ Stationärer Termin zu……………………………………………………. | □ OCT□ FAG□ Fotodokumentation□ HRT (IgeL)□ Perimetrie (30°, Goldmann)□ Ultraschall□ Elektrophysiologie□ Hornhaut-Topographie□ Endothelzellmessung□ Pachymetrie□ Pentacam□ Histologie |
| Terminmitteilung an: □ Patient □ Arzt |
| Bearbeitet am: von:  |

 **Baldingerstraße, 35033 Marburg**

**Privatpatienten:** Telefon: 06421/5866275, FAX: 06421/5865678

**Gesetzlich Versicherte:** Telefon: 06421/5862600, FAX: 06421/5862474

**Ich bin mit der Weitergabe meiner medizinischen Daten an das UKGM (Standort Marburg) per FAX einverstanden und kann die Einwilligung jederzeit widerrufen.**

 **………………………………………….**

 **Datum, Unterschrift Patient**