



CharitéCentrum für Audiologie / Phoniatrie, Augen und HNO-Heilkunde

Anmeldung eines Patienten für die Hochschulambulanz der Augenklinik

Dieses Formular soll die Terminvereinbarung für Ihre Patienten erleichtern. Mit Hilfe Ihrer Angaben werden wir einen Untersuchungstermin für Ihren Patienten einplanen und bis zum Ende des folgenden Werktages rückmelden.

<input type="checkbox"/> <u>Campus Virchow-Klinikum</u> Fax 450 7 554 018 E-Mail augenambulanz-cvk@charite.de	<input type="checkbox"/> <u>Campus Benjamin Franklin</u> Fax 8445 772 369 E-Mail augenambulanz-cbf@charite.de	
Anmeldung auch über homepage Augenklinik möglich: http://augenklinik.charite.de/kliniken/campus_virchow_klinikum/abteilungen/hochschulambulanz/		
Absender / Augenarzt Terminrückmeldung an: (Telefon, E-Mail, Fax)		
Patient: Name, Vorname, Geb. Dat.		
Terminwunsch <input type="checkbox"/> neuer Patient ? <input type="checkbox"/> Kontrolle ?		
Fragestellung / Erkrankung	Spezialsprechstunden : <input type="checkbox"/> Netzhautsprechstunde <input type="checkbox"/> AMD – Injektionssprechstunde <input type="checkbox"/> Glaukom <input type="checkbox"/> Hornhaut <input type="checkbox"/> Orbita / Plast. Chirurgie <input type="checkbox"/> Uveitis <input type="checkbox"/> Tumorsprechstd. (CBF)	
Bitte teilen Sie Ihrem Patienten folgende Terminvereinbarung mit:		
Wochentag	Datum	Uhrzeit

Bemerkungen: