

Patientendaten		Praxisstempel	
Name, Vorname	<input type="text"/>	Arztname: <input type="text"/>	Faxnummer: <input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>		
Telefonnummer	<input type="text"/>		
Straße	<input type="text"/>		
Stadt, PLZ	<input type="text"/>		
Versicherungsstatus	<input type="checkbox"/> gesetzlich	<input type="checkbox"/> Selbstzahler (ohne Chefarzt)	<input type="checkbox"/> privat (Chefarzt)
Datum der Anmeldung	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Patient bekannt	<input type="checkbox"/> Neupatient
Vorstellungsgrund	<input type="checkbox"/> RA	<input type="checkbox"/> LA	<input type="checkbox"/> BA

<b>Allgemeine Abteilung</b>		
<input type="checkbox"/> Lider / Lidtumor	<input type="checkbox"/> Glaukom	<input type="checkbox"/> AMD
<input type="checkbox"/> Sicca-Sprechstunde	<input type="checkbox"/> Uveitis	<input type="checkbox"/> Tumor / Naevus
<input type="checkbox"/> Hornhaut	<input type="checkbox"/> Cataract	<input type="checkbox"/> Netzhaut-Dystrophien / EPhys
<input type="checkbox"/> Tränenwege	<input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> andere Netzhauterkrankung
Dringlichkeit	<input type="checkbox"/> regulär	<input type="checkbox"/> Eilfall Begründung im Freifeld unten!

<b>Strabologie / Neuroophthalmologie / Okuloplastik</b>		
<input type="checkbox"/> Strabismus	<input type="checkbox"/> Anophthalmus	<input type="checkbox"/> vergr. Sehhilfen
<input type="checkbox"/> Ptosis / Dermatochalasis	<input type="checkbox"/> Neuroophthalmologie	<input type="checkbox"/> Botox-Sprechstunde
<input type="checkbox"/> endokrine Orbitopathie	<input type="checkbox"/> Sonstiges	
Dringlichkeit	<input type="checkbox"/> regulär	<input type="checkbox"/> Eilfall (2-6 Wo) <input type="checkbox"/> Notfall (1-3d) Begründung im Freifeld unten!

Überweisungsdiagnose und Nebendiagnosen	<input type="text"/>
---	----------------------

Aktuelle Refraktion und Visus	RA: <input type="text"/> = <input type="text"/>	Tensio (mmHg)	RA: <input type="text"/>
	LA: <input type="text"/> = <input type="text"/>		LA: <input type="text"/>

<input type="checkbox"/> Sprechstunde Allgemeine – und spezielle Augenheilkunde	Fax-Nr.: 0551 - 39 66570
<input type="checkbox"/> Sprechstunde Strabologie und Neuroophthalmologie	Fax-Nr.: 0551 - 39 65592
<input type="checkbox"/> Privatsprechstunde Prof. Dr. med. H. Hoerauf	Fax-Nr.: 0551 - 39 63582
<input type="checkbox"/> Privatsprechstunde Prof. Dr. med. M. Schittkowski	Fax-Nr.: 0551 - 39 65592

**Rückantwort:**

Der o.g. Patient hat einen Termin am:

um:

in der Robert-Koch-Str. 40, 37075 Göttingen

in der Wagnerstr. 3, 37075 Göttingen

**Bitte dem Patienten immer eine Über- bzw. Einweisung mitgeben!**

Sprechstunde für dringliche Vorstellungen inkl. Notdienst findet zwischen 7:30 Uhr und 15:00 Uhr in der Robert-Koch-Str. 40 statt. Außerhalb dieser Zeiten und am Wochenende sind wir für dringende Notfälle in der Wagnerstraße 3.

Ich entbinde hiermit meinen o.g. Augenarzt von der ärztlichen Schweigepflicht und bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner Behandlung ein ggf. auch unverschlüsselter Datenaustausch per Email, Fax oder Brief mit der Universitätsaugenklinik Göttingen sowie evtl. mit meinem Hausarzt stattfinden darf.	Datum, Unterschrift des Patienten
--	-----------------------------------