

Termin-Anfrage

Klinik u. Poliklinik für Augenheilkunde, Fax-Nr.: 09 41 / 9 44 - 92 16

Einweisender Arzt:

Notfall*

Telefax-Nr.:

eilt (< 2 Wo.)*

Telefon (Durchwahl):

regulär (< 3 Mo.)

Hinweis: Anfragen für „reguläre“ Termine werden einmal pro Woche bearbeitet, so dass es evtl. etwas dauern kann, bis Ihre Anfrage beantwortet wird.

(Adressfeld für Praxisstempel)

** Für „eilt“ und „Notfall“ bitte Ansprechpartner und telefonische Durchwahl angeben.*

Patient:..... geb. am:

Tel.-Nr.:..... Krankenkasse:

Erstvorstellung? ja nein

Bitte Terminvergabe für: Allgemeine Kinderophthalmologie Unklare Sehinderung
 Schielbehandlung (Orthoptik) Botulinum-Sprechstunde
 Erbliche Augenerkrankungen (Elektrophysiologie, zeitaufwendig)

Kurze Anamnese:

(Symptome, Beginn,

ggf. Vorbefunde)

(Verdachts-)Diagnose,

Fragestellung:



**Universitätsklinikum
Regensburg**

Klinikum der Universität Regensburg
Franz-Josef-Strauß-Allee 11 93053 Regensburg
E-Mail: kia@eye-regensburg.de

Klinik und Poliklinik für Augenheilkunde
Direktor: Prof. Dr. med. Horst Helbig

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,
vielen Dank für Ihre Anfrage zu o.g. Patienten,
wir haben folgenden Termin vorgesehen:

Kinder-, Neuroophthalmologie,
Orbita-, erbliche Netzhauterkr.
Leiter: Prof. Dr. H. Jäggle

Mo Di Mi Do Fr

Terminvergabe: per Fax 0941 / 944-9216
Tel. 0941 / 944-9219
Mo – Do: 08.00 – 16.00
Fr: 08.00 – 13.00

den

um Uhr

Mit freundlichen Grüßen,

..... (Mitarbeiter/-in)