

Krankenkasse		
Name, Vorname des Patienten		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

# Terminanforderung Klinik für Augenheilkunde

Kliniken der Stadt Köln gGmbH

**PER FAX 0221-8907-8435**



Praxisstempel
---------------

<b>Überweisungsdiagnose:</b>		
<b>Gewünschte Sprechstunde:</b>		
Allg. Sprechstunde		AMD-Sprechstunde
Katarakt-Sprechstunde		Netzhaut-Sprechstunde
Glaukom-Sprechstunde		Uveitis-Sprechstunde
Hornhaut-Sprechstunde		Orthoptik-Sprechstunde
Lid-Sprechstunde		Früh- und Neugeborene
Refraktive Chirurgie		Neuroophthalmologie-Sprechstunde

<b>Direkte Anforderung OP-Termin</b> (nur bei in der Klinik bekannten Patienten (z.B. 2. Auge):		
<b>Operative Überweisungsdiagnose:</b>		
Katarakt-Operation (2. Auge)		Chalazion
Silikonölablassung		Ektropium/Entropium
YAG-Kapsulotomie		Argon-Netzhaut-Koagulation
Vitrektomie		Intravitreale Injektion

<b>Versicherungsstatus des Patienten</b>			
Gesetzlich versichert		Privat	BG

<b>Sonstige Hinweise:</b>

<b>Termin in der Augenklinik Köln- Merheim</b>			
Datum:		Uhrzeit	
Bitte informieren Sie den Patienten über den Termin und weisen darauf hin, dass es sich bei der angegebenen Uhrzeit um eine Richtzeit handelt und kein Anspruch auf eine Behandlung zum angegebenen Zeitpunkt besteht.			

<b>Interne Vermerke</b>					
Eingetragen in KIS	Arzt 1		Gefaxt am		von
	Arzt 2				
	Privat				
	AZ				
	Orthoptik				