



PER E-MAIL
cat@augen-krefeld.clinic



PER TELEFON
02151 - 5314540



PER FAX
02151 - 5351043

Anmeldender Arzt/Praxis _____ Datum _____

Kontaktdaten Patient/in:

Name / Vorname des Versicherten

geb. am

Telefon

Krankenkasse

E-Mail

Terminvorschlag Voruntersuchung / Beratung + ggf. OP-Termin _____

OP: intravitreale Injektion (IVOM), inkl. Diagnostik _____
 Cataract-OP - R/L _____
 drucksenkender Eingriff (MIGS, iStent, Laser, etc.) R/L _____
 Lasereingriff: Nachstar _____

Termin: schnell _____ ca. _____

Das OP-Zentrum Weyerhofstraße darf direkt mit der/m Patientin/en einen Termin vereinbaren!

Ich wünsche eine telefonische / schriftliche Bestätigung des Termins für die/den Patientin/en.

Meine bevorzugten Kontaktdaten lauten _____

Mitgabe von Dokumenten für Patient:

Überweisung ggf. Karteiauszug / Epikrise