

FAX-Anmeldung für die Augenklinik

Name, Vorname des Versicherten _____

geb. am _____

Kassen-Nr. _____ Versicherten-Nr. _____ Status _____

Betriebsstätten-Nr. _____ Arzt-Nr. _____ Datum _____

Ihr Praxisstempel



Krankenhaus
St. Joseph-Stift Bremen

Telefonnummer des Patienten/in: _____

Pat bekannt?

Anmeldung zur **ambulanten** Untersuchung in der

Allgemeinen Sprechstunde
 Privatsprechstunde
 Makulasprechstunde
 Plastische-/Lidsprechstunde
 Glaukomsprechstunde
 Lasersprechstunde
 Sehschule

Anmeldung zur **stationären Aufnahme**

für eine **Kataraktoperation**
 für ein **Tagestensioprofil**

private Zusatzversicherung

Anmeldung zum **ambulanten**

Voruntersuchungstermin für eine **Kataraktoperation**
 Chalazion-OP (direkter Untersuchungs- und Operationstermin am selben Tag)

Diagnose: _____

Bemerkung: _____

Dringlichkeit: **Notfall** **Eilfall (innerhalb 10 Tage)** **normaler Termin**

Bitte vollständig ausfüllen
und an die **FAX-Nummer: 0421 - 347- 1428** senden

Bestätigung durch die Augenklinik: **Termin:** _____ **Uhrzeit:** _____

Wir haben den Patient/-in erreicht und den Termin mitgeteilt.
 Leider war der Patient/-in mehrmals nicht zu erreichen. Wir bitten Sie den Termin weiterzuleiten.

Bemerkung:
Bitte an den Patient/-in weiterleiten:

- Einen **gültigen Überweisungsschein** vom Augenarzt ist für das Quartal mitzubringen
- Die Patienten sollten **nicht** mit dem **eigenen Auto** kommen, da sonst eine komplette Untersuchung nicht möglich ist
- Die Liste der **aktuellen Medikation** (auch Augentropfen)
- Falls eine Operation am Untersuchungstag (z.B. Chalazionoperation) durchgeführt wird, sollte nach Rücksprache mit dem Hausarzt die **Antikoagulantientherapie** abgesetzt bzw. gegen eine andere ersetzt werden (z.B. s.c. Monoembolex, Heparin...)
- Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne **unter 0421-347-1402** zur Verfügung