

FAX-Anmeldung für die Augenklinik

Name, Vorname des Versicherten _____

geb. am _____



Krankenhaus
St. Joseph-Stift Bremen

Ihr Praxisstempel

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

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

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