

**Universitätsaugenklinik**

Name:  
Vorname:  
Geb.-Datum:  
Krankenkasse:  
Telefon:

Direktor: Prof. Dr. med. Burkhard Dick  
In der Schornau 23-25  
44892 Bochum  
Tel: (0234) 299-3101  
Fax: (0234) 299-3109  
e-mail augenklinik@kk-bochum.de

**Terminvergabe  
per FAX-Anmeldung**

- Augenambulanz 0234/2993119  
 Privatambulanz Prof. Dick 0234/2993109  
 Katarakt- und stationäre Termine 0234/2993109  
 Regelleistung  1 Bett  2 Bett  Chefarztbehandlung

**Diagnose/ Fragestellung:** \_\_\_\_\_

Dringlichkeit  **EILIG**  regulär  
Neupatient  ja  nein, letzte Vorstellung: \_\_\_\_\_  
Termin  ambulant  stationär

Metformin Antikoagulation:  ASS/Godamed/Plavix  Marcumar

**Bitte um Terminvereinbarung für Fragestellung (max. 1 Kreuz):**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Lid/ plastische OP       | <input type="checkbox"/> Glaukom            |
| <input type="checkbox"/> Orbita                   | <input type="checkbox"/> Makuladegeneration |
| <input type="checkbox"/> Hornhaut / Bindehaut     | <input type="checkbox"/> Netzhaut           |
| <input type="checkbox"/> refraktive Sprechstunde  | <input type="checkbox"/> Tumor              |
| <input type="checkbox"/> Katarakt-Op. (stationär) | <input type="checkbox"/> Strabismus-Op.     |
| <input type="checkbox"/> Katarakt-Op. (ambulant)  |   |

**Arztpraxis:**  
(Stempel)

**Fax.-Nr.:**

**Rückantwort:**

**Termin am:** \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ **um** \_\_\_\_ : \_\_\_\_ **Uhr** **wo:**  Ambulanz  Privatambulanz  
 Station \_\_\_\_ (bitte an der Information melden)

**Bitte unbedingt folgende Informationen an den Patienten weitergeben:**

- Pro Quartal muss ein gültiger Überweisungsschein (auch Kinder) vorgelegt werden
- Nicht selber mit dem Auto kommen