

Anmeldung Patienten*innen f. d. Hochschulambulanz/Privatambulanz der Augenklinik

Dieses Formular soll die Terminvereinbarung für Ihre Patienten*innen erleichtern. Mit Hilfe Ihrer Angaben werden wir einen Untersuchungstermin vereinbaren und uns schnellstmöglich rückmelden.

Campus	<input type="checkbox"/> Campus Virchow-Klinikum Fax 450 7 554 018 E-Mail: augenambulanz-cvk@charite.de <input type="checkbox"/> Campus Benjamin Franklin Fax 450 554 936 E-Mail: augenambulanz-cbf@charite.de			
Absender/Augenarzt				
Terminrückmeldung an (Telefon, E-Mail, Fax)				
Patient*in Name, Vorname, Geburtsdatum				
Versicherung	<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat			
Terminart	<input type="checkbox"/> neuer Patient <input type="checkbox"/> Kontrolltermin			
Fragestellung/Erkrankung				
Spezialsprechstunde	<input type="checkbox"/> Netzhaut <input type="checkbox"/> AMD/Intravitreale Injektion <input type="checkbox"/> Glaukom <input type="checkbox"/> Hornhaut <input type="checkbox"/> Uveitis <input type="checkbox"/> Katarakt <input type="checkbox"/> Orbita/ plastische Chirurgie <input type="checkbox"/> Lidsprechstunde <input type="checkbox"/> Aderhaut/Iristumorsprechstunde (CBF)			
Datenschutz (bitte vom Patient*in unterschreiben lassen) Ich bin mit der Übermittlung meiner Daten einverstanden:.....				
Bitte teilen Sie Ihrem/r Patient*in folgende Terminvereinbarung mit: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; border: none;">Wochentag</td> <td style="width: 33%; border: none;">Datum</td> <td style="width: 33%; border: none;">Uhrzeit</td> </tr> </table>		Wochentag	Datum	Uhrzeit
Wochentag	Datum	Uhrzeit		