



CharitéCentrum für Audiologie / Phoniatrie, Augen und HNO-Heilkunde

Anmeldung eines Patienten für die Hochschulambulanz der Augenklinik

Dieses Formular soll die Terminvereinbarung für Ihre Patienten erleichtern. Mit Hilfe Ihrer Angaben werden wir einen Untersuchungstermin für Ihren Patienten einplanen und bis zum Ende des folgenden Werktages rückmelden. Die Anmeldung ist auch über unsere Homepage möglich.

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 8445 772 369 E-Mail augenambulanz-cbf@charite.de
Absender / Augenarzt	
Terminrückmeldung an Telefon, E-Mail, Fax	
Patient(in) Name, Vorname, Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> Patient(in) ist in der Augenklinik bekannt
Fragestellung / Erkrankung	
Sprechstunde	<input type="checkbox"/> Netzhaut <input type="checkbox"/> AMD / Intravitreale Injektionen <input type="checkbox"/> Glaukom <input type="checkbox"/> Orbita / Okuloplastik <input type="checkbox"/> Uveitis <input type="checkbox"/> Hornhaut <input type="checkbox"/> Tumorsprechstunde (CBF)
Eventueller Terminwunsch	

Bitte teilen Sie Ihrem Patienten folgende Terminvereinbarung mit:

Wochentag

Datum

Uhrzeit