

**OP Fax-Anmeldung
OP E-Mail-Anmeldung**



Fax: +49 531 27338-1214

service@augenlinik-dr-hoffmann.de

Patientendaten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

Operation	RA	LA	Kommentar:
• Katarakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Netzhaut (IVOM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Netzhaut (PPV, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Glaukom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Hornhaut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Strabismus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Lid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Laser (Netzhaut)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Laser (YAG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Patiententransport (nur für stationäre Fälle)

- Patientenshuttle durch Klinik gewünscht
(Privatpatienten und Barmer kostenfrei, alle anderen: 5 EUR/Fahrt)
- Patient fährt selbst

Praxisstempel

Datum _____

Durch Augenlinik Dr. Hoffmann anzugeben:

Rückmeldung OP-Termin zur besseren Planbarkeit von möglichen Post-OP-Kontrollen in Ihrer Praxis

OP-Termin Patient: _____