



Augenheilkunde

**Telefonzentrale Augenklinik**

Terminvergabe

Fon +49 661 84-3703

Fax +49 661 84-3711

anmeldung@augen-klinikum-fulda.de

www.klinikum-fulda.de

**Terminanfrage**

Fax: +49 661 84 3711

anmeldung@augen-klinikum-fulda.de

**Patientendaten: Name, Geb.Datum**

**Augenärztliche Diagnose und Fragestellung:**

**Telefon-Nr. Patient:**

**Versicherungsstatus:**  PKV       GKV

**Dringlichkeit:**

- Normaler Termin
- Notfall
- Eilfall (innerhalb 7 Tagen)

**Anmeldung zur Sprechstunde für**

- Lid und Tränenwege
- Blepharospasmus
- Hornhaut
- Katarakt
- Glaukom
- Uveitis
- Netzhaut/ Makula
- IVOM
- Tumor-/ Orbita-/ Neuroophthalmologie
- Sehschule/ Orthoptik
- Privatambulanz Dr. med. M. S. Ladewig, FEBO, MA
- Privatambulanz Dr. med. Ungerechts
- Andere Fragestellung: \_\_\_\_\_

**Patient infektiös:**     Ja                       Nein

**Praxisstempel**

**Datum**

**Termin-Bestätigung**

Wir haben Ihrem Patienten  
folgenden Termin mitgeteilt: