

Klinikum Bremen-Mitte gGmbH
St.-Jürgen-Str. 1
28177 Bremen
-Augenklinik-
komm. Klinikdirektorin
Simone Brandtner

Patientendaten

Mit Versicherungskarte ausdrucken oder handschriftlich ausfüllen

Telefon-Nummer des Patienten: _____

Bitte unbedingt vollständige Adresse und Telefonnummer des Patienten angeben!

Patienten-Anmeldung

Fax (0421) 497- 1977597

augenambulanz@gesundheitsnord.de

Patient in der Augenklinik bekannt: Ja Nein

Anmeldung zur Kataraktoperation:

Sehr geehrte Kollegin,
sehr geehrter Kollege,

vielen Dank für die Anmeldung Ihrer Patientin/Ihres Patienten zur Voruntersuchung für eine Kataraktoperation. Um eine gute Planung und einen möglichst zügigen und reibungslosen Ablauf der Sprechstunde zu gewährleisten, bitten wir Sie um das Ausfüllen und Rücksendung (Fax, E-Mail) des Fragebogens.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Cataracta matura
kombinierter Eingriff bei Endotheldystrophie
kombinierter Eingriff bei Glaukom
Multimorbider Patient
Dolmetscher als Begleitung erforderlich
stationärer Eingriff erbeten (mit Einweisung)
Privatsprechstunde S. Brandtner

exsudative AMD in Behandlung
ITN gewünscht / erforderlich
Patient nicht mobil / Rollstuhl
gesetzlicher Vertreter in
gesundheitlichen Fragen

sonstiges:

Besteht eine private Zusatzversicherung Ja Nein

Hier bitte Ihren
Praxisstempel einfügen:

Dringlichkeit: Normaler Termin Eilfall (Grund: _____)

Bestätigung durch die Augenklinik:

Wir haben dem/der Patient/in einen Termin für o.g. Sprechstunde am _____ um _____ Uhr

telefonisch schriftlich mitgeteilt.

Bitte geben Sie dem Patienten eine Überweisung oder Einweisung mit.