|  |  |
| --- | --- |
| Patientendaten | Praxisstempel |
| Name, Vorname |  |
| Geburtsdatum |  |
| Telefonnummer |  |
| Straße |  | Arztname: |
| Stadt, PLZ |  | Faxnummer: |
| Versicherungsstatus | ☐ gesetzlich | ☐ Selbstzahler (ohne Chefarzt) | ☐ privat (Chefarzt) |
| Datum der Anmeldung |  | ☐ Patient bekannt | ☐ Neupatient |
| Vorstellungsgrund | ☐ RA | ☐ LA | ☐ BA |
| **Allgemeine Abteilung** |  |  |
| ☐ Lider / Lidtumor | ☐ Glaukom | ☐ AMD |
| ☐ Sicca / Oberfläche | ☐ Uveitis | ☐ Tumor / Naevus |
| ☐ Hornhaut | ☐ Cataract | ☐ Netzhaut-Dystrophien / EPhys |
| ☐ Tränenwege | ☐ Sonstiges | ☐ andere Netzhauerkrankung |
| Dringlichkeit | ☐ regulär | ☐ Eilfall Begründung im Freifeld unten! |
| **Strabologie / Neuroophthalmologie / Okuloplastik** |
| ☐ Strabismus | ☐ Anophthalmus | ☐ vergr. Sehhilfen |
| ☐ Ptosis / Dermatochalasis  | ☐ Neuroophthalmologie | ☐ Botox-Sprechstunde |
| ☐ endokrine Orbitopathie | ☐ Sonstiges |  |
| Dringlichkeit | ☐ regulär | ☐ Eilfall (2-6 Wo) ☐ Notfall (1-3d) Begründung im Freifeld unten! |
| Überweisungsdiagnose und Nebendiagnosen |  |
| Aktuelle Refraktion und Visus | RA: = | Tensio(mmHg) | RA: |
| LA: = | LA: |
| ☐ Sprechstunde Allgemeine – und spezielle Augenheilkunde | Fax-Nr.: 0551 - 39 **64165** |
| ☐ Sprechstunde Strabologie und Neuroophthalmologie | Fax-Nr.: 0551 - 39 65592 |
| ☐ Privatsprechstunde Prof. Dr. med. H. Hoerauf | Fax-Nr.: 0551 - 39 63582 |
| ☐ Privatsprechstunde Prof. Dr. med. M. Schittkowski | Fax-Nr.: 0551 - 39 65592 |
| **Rückantwort:**  |
| Der o.g. Patient hat einen Termin | am: |
|  | um: |
| ☐ in der Robert-Koch-Str. 40, 37075 Göttingen |
| ☐ in der Wagnerstr. 3, 37075 Göttingen  |
| **Bitte dem Patienten immer eine Über- bzw. Einweisung mitgeben!** |
| Sprechstunde für dringliche Vorstellungen inkl. Notdienst findet zwischen 7:30 Uhr und 15:30 Uhr in der Robert-Koch-Str. 40 statt. Außerhalb dieser Zeiten und am Wochenende sind wir für dringende Notfälle in der Wagnerstraße 3. |
| Ich entbinde hiermit meinen o.g. Augenarzt von der ärztlichen Schweigepflicht und bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner Behandlung ein ggf. auch unverschlüsselter Datenaustausch per Email, Fax oder Brief mit der Universitätsaugenklinik Göttingen sowie evtl. mit meinem Hausarzt stattfinden darf. | Datum, Unterschrift des Patienten |