

Patientenanmeldung Sprechstunde

Name Patient	Anschrift
Geb. Datum	Telefon
Krankenkasse	Krankenkassen-Nummer
Diagnose	
Fragestellung	

- Allgemeine Sprechstunde**
- Diabetes-Kontrolle**
- Augendruckmessung**
- Glaukom-Abklärung inklusive Gesichtsfelduntersuchung**
- Lidfehlstellung**
- Katarakt-Abklärung**
- Abklärung Fahrtauglichkeit**
- Brillenanpassung**
- Kindersprechstunde**
- Sonstiges:**

Diagnostik erwünscht bis min.: _____ **max.:** _____

Wenn < als 1 Woche, Mobil-/G-Tel. des Patienten:

Gewünschte Beurteilung: Nur Untersuchungsergebnis
 Untersuchung inkl. Sprechstunde

Bemerkungen:

Datum: _____ Zuweiser (Stempel/Unterschrift): _____