

Anmeldebogen für Zuweiser

Per Mail: zuweiser@augenarzt-hamburg.org

Per Fax: 040-432 15 30 69

Anmeldender Arzt/ Praxis: _____

Kontaktdaten Patient/ in:

Name/ Vorname des Versicherten

Geboren am

Telefon

Krankenkasse

E- Mail

Diagnose:

RA

LA

feuchte AMD

DMÖ/ DRP

Venöser Verschluss

Cataract

Glaukom

Sonstige Diagnose: _____

Leistungen:

FAG

Lasereingriff: Nachstar / Netzhaut / SLT (grüner Star)

intravitreale Injektion (IVOM) inkl. Diagnostik

Cataract Operation

Sonstige Information: _____

Kontaktaufnahme/ Terminbestätigung:

ausschließlich beim Patienten

beim Patienten und der zuweisenden Praxis