

ÜBERWEISUNGSBOGEN



SEHR GEEHRTE KOLLEGIN, SEHR GEEHRTER KOLLEGE,

bitte nutzen Sie folgenden Bogen, um uns Ihr Anliegen mitzuteilen.
Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern telefonisch zur Verfügung.

ÜBERWEISENDE ARZTPRAXIS

Praxis _____

Behandler _____

Praxisanschrift _____

Telefon _____ E-Mail _____

PATIENT

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Telefon _____

Anschrift _____

ANGABEN ZUR ÜBERWEISUNG

gewünschte Behandlung/Diagnostik:

- Katarakt-Operation
- Refraktive Chirurgie
- Lidchirurgie (z. B. Ptosis, Schlupflid, Entropium und Ektropium, Lidtumoren)
- Intravitreale Medikamentengabe (IVOM)
- Laserbehandlung (Yag Iridotomie, Yag Kapsulotomie, Yag Vitreolyse, SLT, CPK)
- Glaukos iStent inject bei Glaukom

Endothelzellmikroskopie

Optische Kohärenztomographie (OCT)

Pentacam AXL Wave-Untersuchung
(Wellenfrontaberrometrie, Objektive Refraktion, Retroillumination, optische Biometrie, Scheimpflugtomographie)

Fluoreszenzangiographie

Sonstiges _____

VORHANDENE BILDGEBUNG _____

GEPLANTE THERAPIE _____

BISHERIGE THERAPIEN _____

PRAXIS MITTE OP-ZENTRUM

Caldenhofer Weg 130-130a
59063 Hamm

Tel. 0 23 81 / 920 400
Fax 0 23 81 / 920 401

PRAXIS HERRINGEN OP- UND LASERZENTRUM

Herringer Markt 3a
59077 Hamm

Tel. 0 23 81 / 46 20 14
Fax 0 23 81 / 46 20 15

VIELEN DANK FÜR IHR VERTRAUEN!

Mit kollegialen Grüßen,
Ihr Team vom AAZ Hamm.