

# Termin-Anfrage

Klinik u. Poliklinik für Augenheilkunde, Fax-Nr.: 09 41 / 9 44 - 92 16

Einweisender Arzt: .....

Notfall\*

Telefax-Nr.: .....

(immer Überweisung + aktueller

Telefon (Durchwahl): .....

Arztbrief erforderlich!)

*Hinweis: Terminanfragen (ausgenommen Notfälle) können nicht täglich bearbeitet werden! Es kann daher etwas dauern kann, bis Ihre Anfrage beantwortet wird.*

(Adressfeld für Praxisstempel)

Patient: ..... geb. am: .....

Tel.-Nr.: ..... Krankenkasse: .....

Erstvorstellung?  ja  nein

Bitte Termin-  Allgemeine Kinderophthalmologie  Unklare Sehinderung

vergabe für:  Schielbehandlung (Orthoptik)  Botulinum-Sprechstunde

Erbliche Augenerkrankungen (Elektrophysiologie, zeitaufwendig)

.....

Diagnose: .....

Kurzanamnese: .....

(Symptome, Beginn) .....

(Objektive) Refraktion: RA ..... LA .....  Zyкло

Diagnose: .....

Fragestellung: .....

Universitätsklinikum Regensburg  
Franz-Josef-Strauß-Allee 11 • 93053 Regensburg  
E-Mail: sekretariat.kia@ukr.de



Universitätsklinikum  
Regensburg

Klinik und Poliklinik für Augenheilkunde  
**Direktor: Prof. Dr. med. Horst Helbig**

Kinder-, Neuroophthalmologie,  
Orbita-, erbliche Netzhauterkr.  
**Leiter: Prof. Dr. med. Herbert Jägle**

Terminvergabe: per Fax 0941 / 944-9216

Tel. 0941 / 944-9219

Mo – Do: 08.00 – 16.00

Fr: 08.00 – 13.00

Sehr geehrte Frau Kollegin,  
sehr geehrter Herr Kollege,  
vielen Dank für Ihre Anfrage zu o.g. Patienten,  
wir haben folgenden Termin vorgesehen:

Mo  Di  Mi  Do  Fr

den .....

um ..... Uhr

Mit freundlichen Grüßen

.....(Mitarbeiter/-in)