

Termin-Anfrage

Klinik u. Poliklinik für Augenheilkunde, Fax-Nr.: 0941 944-9216

Einweisender Arzt:
Telefax-Nr.:
Telefon (Durchwahl):

- Notfall*
- eilt (< 2 Wo.)*
- regulär (< 3 Mo.)

Hinweis: Anfragen für „reguläre“ Termine werden einmal pro Woche bearbeitet, so dass es evtl. etwas dauern kann, bis Ihre Anfrage beantwortet wird.

(Adressfeld für Praxisstempel)

** Für „eilt“ und „Notfall“ bitte Ansprechpartner und telefonische Durchwahl angeben.*

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)

.....

Kurze Anamnese:

(Symptome, Beginn,

ggf. Vorbefunde)

(Verdachts-)Diagnose:

Fragestellung:

Universitätsklinikum Regensburg
Franz-Josef-Strauß-Allee 11 93053 Regensburg
E-Mail: 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 Jäggle

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)