

## FAG / IVOM-Anmeldebogen

**PER E-MAIL**  
info@opticum-augen.de

**PER TELEFON / HANDY**  
Handy 0151 68696888  
Tel. 030 88712008

**PER FAX**  
030 88712009

Anmeldender Arzt / Praxis \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

### Kontakt Daten Patient/in:

\_\_\_\_\_  
Name / Vorname des Versicherten

\_\_\_\_\_  
geb. am

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse

\_\_\_\_\_  
E-Mail

### Verdachtsdiagnose:

RA

LA

AMD

venöser Verschluss

DMÖ / DRP

Sonstige \_\_\_\_\_

### Krankheitsverlauf:

Akut < 2 Wochen

> 4 Wochen

### Oculus Ultimus:

Ja

Nein

### Dringlichkeit:

innerhalb 72 h

1-2 Wochen

\_\_\_\_\_

Die Augentagesklinik Neukölln darf direkt mit der/dem Patientin/en einen Termin vereinbaren.

Ich wünsche eine telefonische / schriftliche Bestätigung des Termins für die/den Patientin/en.

meine bevorzugten Kontaktdaten lauten \_\_\_\_\_

### Mitgabe von Dokumenten für Patient:

Überweisung

ggf. Karteiauszug / Epikrise

ggf. OCT