Kostenträger

Tel. PatientIn: ……../……

Medizinische Hochschule Hannover

Augenklinik
Univ. -Prof. Dr. med. C. Framme, MBA
Direktor

Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover
Telefon: 0511 532-0
www.mh-hannover.de

Überweisungsgrund/Dringlichkeit:

Dringlichkeit:
□ **Eilig** (innerhalb von 8 Wochen) □ Regulär/Elektiv

Bitte um Terminvereinbarung für folgende Sprechstunde:

Poliklinik
Telefon: 0511 532-3053
Fax: 0511 532-161022
augenklinik.anmeldung@mh-hannover.de
augenklinik.sehschule@mh-hannover.de

□ Allgemein	Mo, Mi, Fr
□ Glaukom	Mi
□ Hornhaut	Do
□ Katarakt	Di, Do
□ Lid	Mi alle 2 Wochen
□ Netzhaut	Mo, Di, Fr
□ Sehschule	Mo - Fr

Terminmitteilung an:
☐ Augenarzt (per FAX-Nr. _____)

Privatambulanz
Telefon: 0511 532-3060, 532-9204
Fax: 0511 532-161053
augenklinik.sekretariat@mh-hannover.de
augenklinik.sehschule@mh-hannover.de

□ Allgemein	Mo, Di, Do, Fr
□ Sehschule	Mi

Terminmitteilung an:
☐ Augenarzt (per FAX: _____)
☐ Patient (per Tel.: _____)

□ Neupatient □ Kontrolle

Anforderungsdatum:

Kein Termin am:

Vergebener Termin:

Praxisstempel inkl. Faxnr.:

Für Patienten zu beachten:
- Neupatienten: Bitte ½ Stunde vor dem Termin in der Zentralen Patientenaufnahme am Haupteingang melden!
- Bitte zu den Untersuchungen nicht mit dem Auto kommen, da sonst eine komplette Untersuchung mit Weitstellen der Pupille nicht möglich ist.
- *Bei Planung einer stationären OP wird unter Umständen das Narkosegespräch am Ambulanztag erfolgen.*
- *Bringen Sie bitte eine Liste ihrer aktuellen Medikation sowie aller Ihrer Erkrankungen zum Ambulanztermin mit.*

Datenschutzerklärung:
Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten und Angaben zu Erkrankungen an die Augenklinik der MHH weitergegeben werden.

_____ _____
Datum Unterschrift Patient