

FAG / IVOM-Anmeldebogen

Bitte per Email

- Per Email an **AugenCentrum Hamburg West** (Erik-Blumenfeld-Platz 27, 22587 Hamburg)

Email: **info@augencentrum-hamburg.de**

- Per Fax an **AugenCentrum Hamburg West**

Fax: 040 / 444 65 50 29

- Per Telefon an **AugenCentrum Hamburg West**

Tel.: 040 / 444 65 50 0

Datum:

Anmeldender Arzt/Praxis:

Kontakt Daten Patient/in:

Telefon

.....
Name / Vorname des Versicherten

.....
geb. am

.....
Krankenkasse

.....
Email

Verdachtsdiagnose:

- RA LA
 AMD venöser Verschuß DMÖ / DRP
 Sonstige:

Krankheitsverlauf:

- Akut < 2 Wochen > 4 Wochen

Oculus Ultimus: Ja Nein

Dringlichkeit:

- innerhalb 48 h 1-2 Wochen

Antwort: Terminvorschlag:

Terminvorschlag folgt / wird mit dem Patienten abgesprochen

Mitgabe von Dokumenten für Patient:

- Überweisung ggf. Karteiauszug / Epikrise ggf. OCT