

# Makula-Netzhaut-Zentrum-München

Weinstrasse 4, 80333 München, Tel.: 089-481300

Prof. Dr. med. J. Nasemann

Dr. med. Th. Carl

Dr. med. M. Kleespies

Dr. med. B. Kuhl

(Praxisstempel der anfordernden Praxis)

Datum: \_\_\_\_\_

**TERMINANFORDERUNG bitte  
per FAX an 089/2280-7156**

Name des Patienten: \_\_\_\_\_

Diagnose/Fragestellung: \_\_\_\_\_

Terminart: Nur Untersuchung  OP-Vorstellung  FLA/ICGA

Durchblutungsmessung  OCT-A  Sinnes-/Elektrophysiologie

Dringlichkeit: diese Woche  nächste Woche  2 Wochen oder mehr

Termin-Mitteilung erbeten an den Patienten:

per Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_

per Fax-Nr.: \_\_\_\_\_

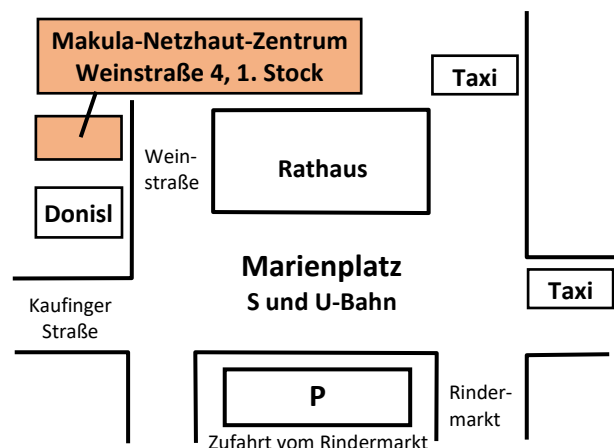
Termin-Mitteilung erbeten an die überweisende Praxis:

per Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_

per Fax-Nr.: \_\_\_\_\_

(wird vom Makula-Netzhaut-Zentrum ausgefüllt)

TERMINVERGABE				
Mo	Di	Mi	Do	Fr
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Datum: _____				
Uhrzeit: _____				



**Bei besonderer Dringlichkeit und außerhalb der Sprechzeiten können Sie den Patienten auch telefonisch unter der Nummer 0176-63471709 anmelden.**