

(Praxisstempel der anfordernden Praxis)

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

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

Name des Patienten: \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

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

**Terminart:** Untersuchung  OP-Vorstellung  FLA/ICGA/OCT-A   
Durchblutungsdiagnostik (CIRCULAB)  Elektro-/Sinnesphysiologie

**Dringlichkeit:** diese Woche  nächste Woche  2 Wochen oder mehr

Termin-Mitteilung erbeten an den Patienten:

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

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

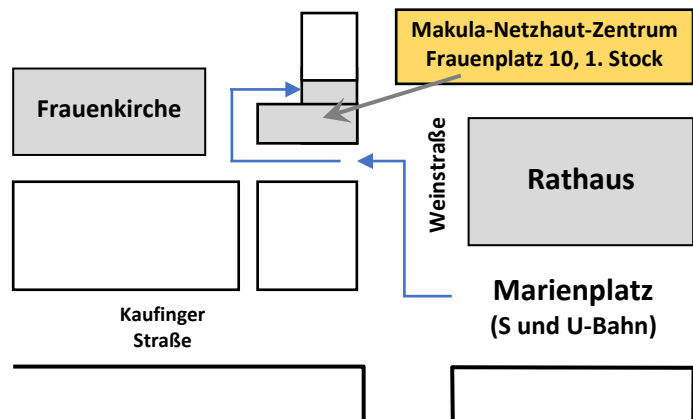
Termin-Mitteilung erbeten an die überweisende Praxis:

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 können Sie Patienten auch während der Sprechzeiten  
telefonisch unter der Nummer 0176-2069-2675 anmelden.**