

Patientendaten

Praxisstempel

**An das Sekretariat des Orbitazentrums
Bürgerhospital Frankfurt am Main**

per Telefax Nr. (069) 1500 – 5632

Ich bitte um einen Termin in Ihrer Klinik für meine Patientin / meinen Patienten

Tel.-Nummer, Patient: _____

Private-Untersuchung:

Prof. Dr. med. S. Pitz, Leiterin Orbitazentrum

Termine für gesetzlich versicherte Patienten:

Orbita

Sonstige Abklärung:

Bitte beachten Sie die Übersichtstabelle „Erfordernis einer Verordnung für Krankenhausbehandlung“, damit Sie ihren Patienten die richtigen administrativen Unterlagen aushändigen können.

Erstvorstellung in der Augenklinik des Bürgerhospitals: Ja Nein, zuletzt _____

Diagnose(n): _____

Fragestellung: _____

Zur Operation: _____ Lokalanästhesie Allgemeinanästhesie

Dringlichkeit: hoch elektiv

Datum / Unterschrift