



FAX-ANMELDUNG FÜR SPEZIALAMBULANZEN UNIVERSITÄTS-AUGENKLINIK GRAZ

0316 - 385 - 16278

Schielambulanz: 0316 - 385 - 14917

Von Klinik (Name, Adresse, Fax-Nr.)

Patient/-in (Vor- und Familienname):

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefonnummer:

Diagnose: _____

Normaler Termin

Dringender Termin

Erstvorstellung

Rezidiv

O funktioneller Monokulus

Spezialambulanz (bitte ankreuzen):

Allgemein

Glaukom

Refraktive

Chefambulanz

Keratoplastik

Sicca

Diabetes konservativ

Keratokonus

Tumor

Diabetes operativ

Makula

Uveitis

Gefäß

Neuroophthalmologie

Schielambulanz → **FAX 0316 385 14917**

TW/Plastische Ambulanz

O SOFORT: Visusbedrohende Erkr.

O Malignome mit Verdachtsdiagnose

O Sonstige

ACHTUNG! Bei Diagnose MAKULAÖDEM bitte Spezifizierung nach Ätiologie (bitte ankreuzen):

O Venenverschluss O Diabetes O Uveitis O AMD O postoperativ O sonstige oder nicht zuordenbar

Der ambulante Termin ist geplant am: Uhrzeit:

(Der/die Patient/in wird von uns über den Termin schriftlich verständigt)

**Für eine verbesserte Terminkoordinierung wird um ein vollständig ausgefülltes Formular gebeten.
Bei Unvollständigkeit wird das Formular retourniert.**