

Anmelde-Fax

An

OCU PRO® Augenärzte
Dr. med. Tyrtania / Dr. med. Schmidt
Kurhausstraße 20A
55543 Bad Kreuznach

Ihr Praxisstempel

Telefax 0 67 1 / 920 484 11

Telefon 0 67 1 / 920 484 10

Patient

Nachname _____

Vorname _____

Telefon _____

Vorstellung aus folgendem Grund

- | | | |
|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diagnostische Beurteilung | <input type="checkbox"/> OCT / <input type="checkbox"/> GDX / <input type="checkbox"/> FLA | <input type="checkbox"/> Pentacam |
| <input type="checkbox"/> Grauer Star OP | <input type="checkbox"/> Refraktive Linse | |
| <input type="checkbox"/> Intravitreale Injektion | | |
| <input type="checkbox"/> Laser OP | <input type="checkbox"/> LASIK | <input type="checkbox"/> YAG KT / IO |
| | <input type="checkbox"/> SLT | <input type="checkbox"/> Netzhaut |

Terminkoordination

(wird von OCU PRO® Augenärzten an Ihre Praxis zurückgefaxt)

Voruntersuchung _____

Operation _____

Mitarbeiter _____