

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname der versicherten Person

geb. am

Kassen-Nr.

Versicherten Nr.

Status

Betriebstätten Nr.

LANR

Datum

2



Universitätsklinikum Tübingen

Universitätsklinikum Tübingen
Augenklinik

Terminvergabe per Fax

Elfriede-Aulhorn-Str. 7, 72076 Tübingen

Praxis (Stempel):

Antwort-Fax unter:

Terminvergabe per Fax

Erstvorstellung Kontrolle Ambulant Stationär

Diagnose / Fragestellung:

Gewünschte Untersuchung:

Termin

Regulär Dringlich - Vorgezogene Terminvergabe nur mit ausführlicher Begründung möglich:
Visus RA ___ LA ___ Beschwerden seit Tagen Wochen Monaten

Begründung:

Telefonnummer der versicherten Person:

E-Mail der Praxis:

Pflegerische Besonderheiten: Rollstuhl Teilweise pflegebedürftig Komplett pflegebedürftig Demenz

Sonstiges:

Fax-Nr.: Vorwahl 07071 29-

Stationäre Termine 4495

Ambulante Termine

Spezialsprechstunden:

- Ambulantes OP-Zentrum für Katarakt-Chirurgie..... 4495
- Glaukom-Sprechstunde..... 4966
- Hornhautsprechstunde..... 4966
- Integrative Kindersprechstunde intraokularer Erkrankungen..... 4966
- Lidsprechstunde..... 4966
- Makula/Laser-Sprechstunde..... 5216
- Netzhaut-Spezialsprechstunde..... 4966
- Sehbehindertenambulanz..... 5361
- Schielbehandlungen und Orbitazentrum..... 3749
- Neuro-Ophthalmologische Ambulanz..... 5361
- Sprechstd. für erbliche Netzhautdegenerationen..... 5361
(RP-Sprechstunde)
- Sprechstd. für okuläre Tumorerkrankungen..... 4966
- Sprechstd. für Refraktive Chirurgie..... 5216
- Uveitis-Sprechstunde..... 4966

Privatsprechstunden:

- Prof. Dr. Bartz-Schmidt..... 25092
- Prof. Dr. Besch..... 5523
- Prof. Dr. Deuter..... 5215
- PD Dr. Dimopoulos..... 25092
- Prof. Dr. Doycheva..... 5215
- Dr. Kelbsch..... 5361
- Dr. Kernstock..... 5361
- Dr. Altpeter-Ott..... 5361
- Prof. Dr. T. Röck..... 5215
- Prof. Dr. Stingl..... 5361
- Prof. Dr. Süsskind..... 25092
- Prof. Dr. Thaler..... 5215
- Dr. Tonagel..... 5361
- PD Dr. Voykov..... 5215
- Prof. Dr. Wilhelm..... 5361

Terminvergabe durch (Druckschrift):

Termin am: ___ . ___ . ___ um: ambulant / stationär in:

Bitte informieren Sie die zu behandelnde Person, dass ein Überweisungsschein und die aktuellen Befunde zum Termin mitgebracht werden müssen. Terminabsagen erfolgen bitte rechtzeitig per Fax.

* Hiermit stimmen Sie zu, dass Ihre Daten klinikumsintern gespeichert werden. Es gelten die Datenschutzrichtlinien des UKT (www.medizin.uni-tuebingen.de). Sie haben jederzeit die Möglichkeit der Speicherung und Weitergabe Ihrer Daten schriftlich zu widersprechen.