

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname der versicherten Person

Kassen-Nr.

Versicherten Nr.

geb. am

Status

Betriebstätten Nr.

LANR

Datum



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..... 25387
- ☐ Makula/Laser-Sprechstunde..... 5216
- ☐ Netzhaut-Spezialsprechstunde..... 4966
- ☐ Sehbehindertenambulanz..... 5361
- ☐ Schielbehandlungen und Orbitazentrum..... 3749
- ☐ Neuro-Ophthalmologische Ambulanz..... 5361
- ☐ Sprechstd. für erbliche Netzhautdegenerationen..... 3730
(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
- ☐ Prof. Dr. Kelbsch..... 5361
- ☐ Dr. Kernstock..... 25157
- ☐ Dr. Altpeter-Ott..... 25157
- ☐ Prof. Dr. T. Röck..... 5215
- ☐ Prof. Dr. Stingl..... 5361
- ☐ Prof. Dr. Süsskind..... 25092
- ☐ Prof. Dr. Thaler..... 5215
- ☐ PD Dr. Tonagel..... 5361
- ☐ Prof. Dr. Voykov..... 5215

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.

V_02_07/2026