

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.

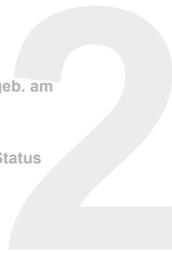
Versicherten Nr.

Status

Betriebstätten Nr.

Arzt-Nr.

Datum



Universitätsklinikum
Tübingen

Universitätsklinikum Tübingen
Augenklinik

Sprechstunde für Endokrine Orbitopathie
Elfriede-Aulhorn-Str. 7, 72076 Tübingen

Praxis (Stempel):

Antwort-Fax unter:

Terminvergabe per Fax

**Die fettgedruckten Bereiche sind Pflichtfelder.*

Aktive EO*:

Chronische EO*:

Datum Symptombeginn an den Augen*:

Datum Erstdiagnose EO:

Art der Schilddrüsenerkrankung (z.B. Basedow),
Beginn, Vorbefunde,aktuelle Th:

Relevante Nebendiagnosen:

Bisherige Therapie*:

Fax.-Nr.: 07071 29-3749

Untersuchungsbefunde:

Visus RA: **Visus LA:**

IOP RA: **IOP LA:**

Doppelbilder ja: nein:

wenn ja, seit wann:

Lidbeteiligung ja: nein:

Exophthalmus ja: nein:

Laborbefunde:

TSH: **ft3:** **ft4:**

TSH-Rezeptor-AK:

Sonstiges (Bildgebung etc.):.....

Terminvergabe durch (Druckschrift):

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

**Bitte informieren Sie Ihren Patienten und sagen Sie per Fax ab, wenn der Termin nicht passt.
Der Patient benötigt zu seinem Termin einen Überweisungsschein und die aktuellsten Befunde.**

** 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.