

Patientendaten

Praxisstempel

**An das Sekretariat der Klinik für Netzhauterkrankungen  
Bürgerhospital Frankfurt am Main**

**per Telefax Nr. (069) 1500 – 8401**

Ich bitte um einen Termin in Ihrer Klinik für meine Patientin / meinen Patienten

Patient: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Tel.-Nummer: \_\_\_\_\_

Anmeldung zur:

- Diagnostik       Intravitrealen operativen Medikamentengabe (IVOM)

Diagnose: \_\_\_\_\_  R       L

- feuchte AMD  
 diabetisches Makulaödem  
 Venenast- oder Zentralvenenverschluss  
 myope chorioidale Neovaskularisation  
 vitreomakuläre Traktion  
 andere

Gewünschter Behandlungsrhythmus bei IVOM:

- alle 4 Wochen    alle 6 Wochen    alle 8 Wochen    alle 10 Wochen    alle 12 Wochen  
 einmalig

Aktueller Visus: \_\_\_\_\_

Ein aktuelles OCT bringt der Patient zur IVOM mit:       Ja       Nein

**Bitte beachten Sie die Übersichtstabelle „Erfordernis einer Verordnung für Krankenhausbehandlung“, damit Sie ihren Patienten die richtigen administrativen Unterlagen aushändigen.**

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift