

Praxisstempel

**Per Fax: 0231 953 – 20505**

(Augenklinik, Klinikum Dortmund)

Sehr geehrte Damen und Herren,

bitte vereinbaren Sie einen Termin für meine(n) Patient\*in:

**Patientendaten:**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Versicherung:

gesetzlich       privat/Selbstzahler

**Kontaktdaten der/s Patient\*in**

Rückrufnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

**Termin:**       Katarakt-OP/Voruntersuchung

Netzhaut-Sprechstunde

Glaukom-Sprechstunde

Anderes Anliegen:

---

---

---

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_