

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: \_\_\_\_\_