

## OP-Anmeldung für Überweiser

**PER EMAIL**  
op@augencentrum-hamburg.de

**PER TELEFON / HANDY**  
Mobil: 0157 / 32921509  
Tel: 040 / 444 6550 16

**PER FAX**  
040 / 444 6550 29

Anmeldender Arzt/Praxis \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

### Kontakt Daten Patient/in:

\_\_\_\_\_  
Name / Vorname des Versicherten

\_\_\_\_\_  
geb. am

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse

\_\_\_\_\_  
Email

Terminvorschlag Voruntersuchung / Beratung + ggf. OP-Termin \_\_\_\_\_

- OP:**
- intravitreale Injektion (IVOM), inkl. Diagnostik \_\_\_\_\_
  - Cataract-OP R/L \_\_\_\_\_  Tropfanästhesie \_\_\_\_\_  Kurznarkose \_\_\_\_\_
  - refraktiver Eingriff \_\_\_\_\_
  - sonstige Hornhaut-OP R/L \_\_\_\_\_
  - drucksenkender Eingriff (MIGS, iStent, XEN, etc.) R/L \_\_\_\_\_
  - Lidchirurgie / Tumor / Okuloplastik \_\_\_\_\_
  - Schiel-OP \_\_\_\_\_
  - Lasereingriff: Nachstar I Netzhaut I SLT (grüner Star) \_\_\_\_\_
  - sonstige Hornhaut-OP R/L \_\_\_\_\_

**Termin ab:**  schnell \_\_\_\_\_  ca. \_\_\_\_\_

**OP Anmeldung für:**  Dr. Hans-Jörg Hundhausen  Dr. Renata Krüger  
 Priv.-Doz. Dr. Johannes Gonnermann  Dr. Santa Heede

Das AugenCentrum Hamburg West darf direkt mit der/m Patientin/en einen Termin vereinbaren!

Ich wünsche eine telefonische / schriftliche Bestätigung des Termins für die/den Patientin/en.

Meine bevorzugten Kontaktdaten lauten \_\_\_\_\_