

Überweisungsauftrag zur fachärztlichen Abklärung / Behandlung

1. Zuweisende Praxis

Name der Praxis / Arzt

Datum

Adresse

Telefon

E-Mail / HIN-Adresse

2. Patientendaten

Name

Vorname

Geburtsdatum

Telefon

Adresse

Krankenkasse / Versicherung

3. Grund der Zuweisung / Fragestellung

4. Fachbereich

☐ Allgemeine Augenheilkunde &
Vorsorgeuntersuchungen

☐ Netzhauterkrankungen (Makuladegeneration,
diabetische Retinopathie)

☐ Kataraktdiagnostik (grauer Star)

☐ Vitreoretinale Chirurgie

☐ Glaukom (grüner Star)

☐ Diagnostik (OCT, Perimetrie, Farbsehen)

5. Dringlichkeit

☐ Routine

☐ Dringend (gleicher Tag)

☐ Notfall (sofort telefonisch melden: 062 842 18 46)

6. Datum, Unterschrift & Praxisstempel

Ort, Datum

Unterschrift / Praxisstempel