

Von:

*****Praxisstempel****

******Hier bitte Patientendaten eindrucken******

Tel.Nr. Patient/in: _____

Per Fax: (0421) 98 88 31 10

**An Praxis / OP-Zentrum „Augenärzte am Sendesaal“
Dr. Bodanowitz • Dr. Ertel**

Termin zur

- Katarakt-OP-Planung**
- Netzhautdiagnostik (FAG, OCT)**
- Lid-OP-Planung**
- Sonstiges:**

Bitte rufen Sie meinen Patienten zur Vereinbarung eines Termins an.

Befund / Kommentar:

Rückmeldung durch Augenarztpraxis „Am Sendesaal“

Wir haben mit dem Patienten folgenden Termin vereinbart:

Datum: _____ Uhrzeit: _____