

Terminanfrage

Sie haben mit dem untenstehenden Formular die Möglichkeit, uns Ihren Terminwunsch online mitzuteilen.

Bitte nennen Sie uns Ihren Wunsch- und Alternativtermin, Kontaktdaten sowie ein Stichwort für Ihren Besuchsanlass. Vielen Dank.

Wichtige Hinweise:

- Es können **nur Bestandspatienten** über dieses Formular Termine buchen.
- **Neupatienten** möchten wir bitten, einen Termin über **www.116117.de** (Telefon: 116 117) zu vereinbaren.
- Terminanfragen **für Kinder unter 12 Jahre** bitte mit dem Hinweis "Anfrage für Termin in der Kindersprechstunde" vermerken (Kindersprechstunde: Dienstagvormittag sowie 1-2x pro Monat Montagnachmittag).
- Der Termin wird erst wirksam, wenn er per E-Mail bestätigt wurde.
- Bitte achten Sie bei der Auswahl des Wunsch- und Alternativdatums auf unsere Sprech- und Urlaubszeiten.

Terminanfrageformular

Ich bin bereits Patient/in in Ihrer Augenarztpraxis *

Anfrage für Termin in der Kindersprechstunde

Vorname *

Nachname *

Geburtsdatum *

Wohnort *

Telefon *

E-Mail *

Wunschdatum *

Wunschzeitraum

 ▼

Alternativdatum *

Alternativzeitraum

Bitte Zeitraum auswählen ▼

Besuchsgrund *

Ja, ich gebe meine Zustimmung für die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten - gemäß der Datenschutzerklärung - zur Bearbeitung und Beantwortung dieser Anfrage. *

* Pflichtfeld

Absenden