

<b>Biometrie</b> <b>Katarakt OP-Anmeldung</b> <b>Vista Diagnostics Zürich</b>  <b>Fax-Anmeldung bitte an:</b> <b>044 250 95 01 über</b> <b>OP Dispo Zürich</b>	Name, Vorname	_____
	Geburtsdatum	_____
	Tel. Nr.	_____
	Krankenkasse	_____
	Versicherungsnummer	_____

**Für Kontaktlinsenträger:**

Bitte Karenzzeit von 2 Wochen bei harten und 1 Woche bei weichen Kontaktlinsen einhalten.

**Diagnose:** \_\_\_\_\_

**Auge:**  rechts  links

**Operateur:**

- keine Präferenz    
 Dr. A. Lange    
 PD Dr. G.-M. Sarra  
 Dr. M. Menghini

**Katarakt-Operation:**

- Gespräch über eine torische IOL erwünscht      Ja      Nein  
 Gespräch über eine multifokale IOL erwünscht      Ja      Nein  
 Gespräch über Femto-Katarakt OP erwünscht      Ja      Nein

	Rechtes Auge	Linkes Auge
Fernvisus mit Korrektur		
Aktuelle Refraktion		
Frühere Refraktion		
Tonometrie		
Erwünschte postop. Refraktion		
Bemerkungen		

Für Biometrie anbieten  Ja  Nein

Operationstermin an Zuweiser mitteilen  Ja  Nein

Datum/Stempel/Unterschrift

---