

VISTA

**Hornhaut Sprechstunde
Anmeldung
Vista Diagnostics Zürich**

**Fax-Anmeldung bitte an:
044 250 95 21**

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Tel. Nr. _____

Krankenkasse _____

Versicherungsnummer _____

Bereits per Fax angemeldet:

ja

nein

Diagnose: _____

Anamnese: _____

Fragestellung: _____

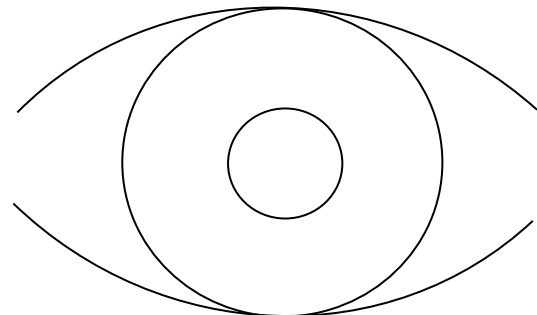
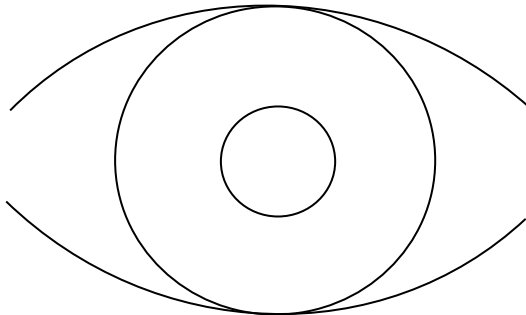
Refraktion: rechts: _____ links: _____

Visus: rechts: _____ links: _____

Auge: rechts

links

Skizze:



Behandlung durch:

Dr. A. Lange

Dr. M. Brunner

keine Präferenz

Bemerkung:

Datum/Stempel/Unterschrift
