

# VISTA

<b>Anmeldung</b> <b>Trockene Augen Sprechstunde</b>  <b>Fax-Anmeldung:</b> <b>044 250 95 21 (1. OG)</b> <b>E-Mail Anmeldung:</b> <b>zuerich@vista.ch</b>	Name, Vorname Geburtsdatum Tel. Nr. Krankenkasse Versicherungsnummer
--	--

Bitte Patient für die Spezial-Sprechstunde "Trockene Augen" aufbieten.

Arzt:       Dr. A. Lange                                       Dr. M. Brunner  
  
              keine Präferenz

## Bemerkungen

**Termin:** \_\_\_\_\_

Behandlungsdatum an Zuweiser mitteilen       Ja                                       Nein

Datum/Stempel/Unterschrift

  

---