

# VISTA

**Anmeldung zur Laserbehandlung  
Vista Klinik Binningen**

**Fax-Anmeldung bitte an:  
061 426 60 01 über  
Sprechstunden Dispo  
Binningen**

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Tel. Nr. \_\_\_\_\_  
Krankenkasse \_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

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

---

---

---

**Befunde:** \_\_\_\_\_

---

---

---

**Gewünschter Eingriff:**

- ALT       ALK  
 KT       LIT

**Seite:**

- rechts       links

**Bemerkungen:**

---

---

---

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

Datum/Stempel/Unterschrift

---