

VISTA

Fluoreszenzangiographie Anmeldung Vista Klinik Binningen	Name, Vorname _____
Fax-Anmeldung bitte an: 061 426 60 01 über Sprechstunden-Dispo	Geburtsdatum _____
	Tel. Nr. _____
	Krankenkasse _____
	Versicherungsnummer _____

- | | | | | |
|--|---|----------------------------------|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fluoreszenzangiographie | <input type="checkbox"/> mit Peripherie | Frühphase: | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |
| <input type="checkbox"/> ICG Angiographie | | Frühphase: | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |
| <input type="checkbox"/> OCT | <input type="checkbox"/> Makula | <input type="checkbox"/> Papille | <input type="checkbox"/> andere Lokalisation | |
| <input type="checkbox"/> Fundusfoto | <input type="checkbox"/> Makula | <input type="checkbox"/> Papille | <input type="checkbox"/> andere Lokalisation | |
| <input type="checkbox"/> OCT-Angiographie | | | | |

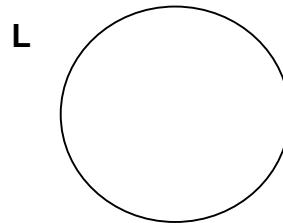
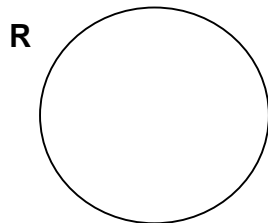
Direkt für Therapie anbieten, falls indiziert Ja Nein

Diagnose: _____

Anamnese: _____

Fragestellung: _____

Skizze:



Visus: rechts: _____ links: _____

Internistisches:

- Herz-, Kreislauf-, Nieren-, Leberleiden? _____
- Allergien, Medikamentenunverträglichkeit? _____
- Frühere Fluo-Angiographien? Nein Ja, wie vertragen? _____
- Anderes: _____

Untersuchungstermin an Zuweiser mitteilen? Ja Nein

Datum/Stempel/Unterschrift

Nächster Termin bei mir in der Praxis: _____