

Biometrie und Katarakt OP-Anmeldung Vista Klinik Binningen Fax-Anmeldung bitte an: 061 426 60 07 über OP Dispo Binningen	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. E. Haefliger
 Dr. A. Koestinger
 Dr. C. Schäfer
 Dr. K. Hatz
 Dr. A. Lange
 Dr. F. Weisskopf
 Dr. R. Katamay
 Dr. T. Signer

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