

VISTA

**Anmeldung zur Laserbehandlung
Vista Klinik Liestal**

**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
