

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

Fluoreszenzangiographie	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links
ICG Angiographie	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links
OCT	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links
Fundusfoto	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links

Direkt für Therapie anbieten, falls indiziert Ja Nein

Diagnose: _____

Anamnese: _____

Fragestellung: _____

Skizze:



Visus: rechts: _____ links: _____

Internistisches:

- 1 Herz-, Kreislauf-, Nieren-, Leberleiden? _____
2. Allergien, Medikamentenunverträglichkeit? _____
3. Frühere Fluo-Angiographien? Nein Ja, wie vertragen? _____
4. Anderes: _____

Behandlungstermin an Zuweiser mitteilen? Ja Nein

Datum/Stempel/Unterschrift: _____

Nächster Termin bei mir in der Praxis: _____