

VISTA

Biometrie und Katarakt OP-Anmeldung Vista Klinik Liestal 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: Dr. T. Signer Dr. A. Koestinger Dr. B. Alamouti
 Dr. R. Katamay Dr. F. Weisskopf

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
