

OP-Anmeldung Vista Klinik Liestal Fax-Anmeldung bitte an: 061 426 60 07 über OP Dispo Binningen	Name, Vorname _____
	Geburtsdatum _____
	Tel. Nr. _____
	Krankenkasse _____
	Versicherungsnummer _____

Operateur:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dr. T. Signer | <input type="checkbox"/> Dr. T. Signer | <input type="checkbox"/> Dr. B. Alamouti |
| <input type="checkbox"/> Dr. A. Koestinger | <input type="checkbox"/> Dr. A. Koestinger | <input type="checkbox"/> Dr. R. Katamay |
| | | <input type="checkbox"/> Dr. F. Weisskopf |

Diagnose: _____**Zusatzdiagnosen:** _____**Bemerkungen:** _____**Geplante Operation:**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Katarakt-Operation | <input type="checkbox"/> Lid-Tumor Exzision |
| <input type="checkbox"/> Sekundärimplantation | <input type="checkbox"/> Entropium |
| <input type="checkbox"/> IOL-Austausch | <input type="checkbox"/> Ektropium |
| <input type="checkbox"/> TE mit Mito | <input type="checkbox"/> Pingueculum |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> Pterygium |

- | | | | |
|-----------------------|--|--------------------------------|-------------------------------------|
| OP-Seite: | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> beidseitig |
| Dringlichkeit: | <input type="checkbox"/> Notfall | | |
| | <input type="checkbox"/> Dringend, innerhalb _____ | | |
| | <input type="checkbox"/> Wunschdatum _____ | | |

Datum/Stempel/Unterschrift