

# VISTA

<b>Fluoreszenzangiographie Anmeldung Vista Diagnostics Zürich</b>  <b>Fax-Anmeldung bitte an: 044 250 95 01</b>	Name, Vorname	_____
	Adresse	_____
	Geburtsdatum	_____
	Tel. Nr.	_____
	Krankenkasse	_____
	Versicherungsnummer	_____

Bereits per Fax angemeldet

Ja

Nein

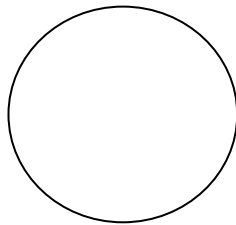
**Diagnose:** \_\_\_\_\_

**Anamnese:** \_\_\_\_\_

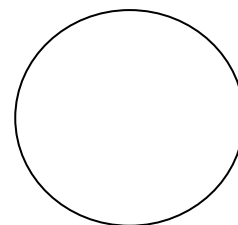
**Fragestellung:** \_\_\_\_\_

Skizze:

**R**



**L**



**Visus:** rechts: \_\_\_\_\_

links: \_\_\_\_\_

## Untersuchungsauftrag

### Fluoreszenzangiographie

Beginn rechts

Beginn links

### Zusätzliche Indocyanin-Grün-Angiographie

Ja

Nein

Makula

Papille

Panorama

Einnahme von Betablockern

Ja

Nein

Schwangerschaft

Ja

Nein

Konsultation erwünscht

Ja

Nein

Direkt für Therapie anbieten, falls indiziert

Ja

Nein

Befundung durch  Dr. med. Jansen

Dr. med. Schaal

Dr. med. Zawinka

Dr. med. Marti

keine Präferenz

Bemerkung:

Datum/Stempel/Unterschrift