

VISTA

Biometrie Katarakt OP-Anmeldung Vista Diagnostics Zürich Fax-Anmeldung bitte an: 044 250 95 01 über OP Dispo Zürich	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:

- keine Präferenz Dr. A. Lange Dr. M. Krishnan
 Dr. M. Menghini PD Dr. G.-M. Sarra

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
