

VISTA

Biometrie Katarakt OP-Anmeldung Vista Klinik Pfäffikon SZ Fax-Anmeldung bitte an: +41 55 552 16 65	Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____ Tel. Nr. _____
---	---

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. E. Haefliger
 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 aufbieten Ja Nein

Operationstermin an Zuweiser mitteilen Ja Nein

Datum/Stempel/Unterschrift