VISTA

Hornhaut Sprechstunde Anmeldung **Vista Klinik Pfäffikon SZ** **E-Mail Anmeldung:** **info.pfaeffikon@vista.ch** **Fax-Anmeldung bitte an:** **+41 55 552 16 65**	Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____ Tel. Nr. _____ Krankenkasse _____ Versicherungsnummer _____

Diagnose:_____

Anamnese: _____

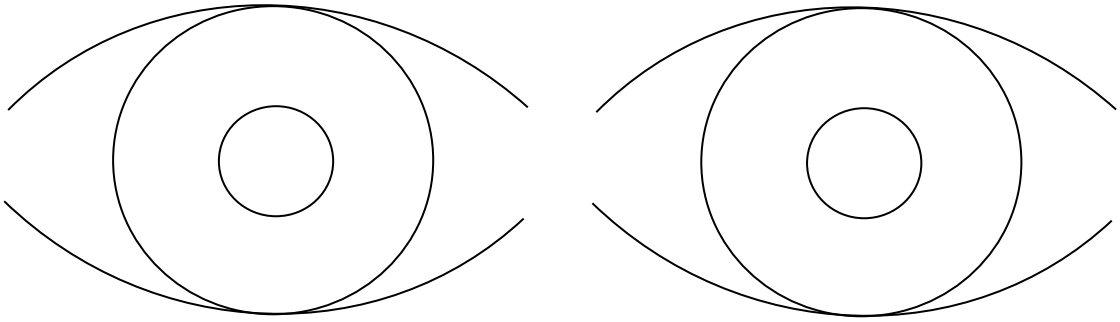
Fragestellung:_____

Refraktion: rechts:_____ links:_____

Visus: rechts: _____ links:_____

Auge: ☐ rechts ☐ links

Skizze:



Behandlung durch:

☐ Dr. A. Lange

☐ Dr. M. Brunner ☐ keine Präferenz

Bemerkung:

_____

_____

Datum/Stempel/Unterschrift

_____

Vista Klinik
Bahnhofstrasse 15
CH-8808 Pfäffikon SZ

T +41 55 552 16 66
F +41 55 552 16 65

www.vista.ch
info.pfaeffikon@vista.ch