

# VISTA

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

**Operateur:**

- Dr. E. Haefliger       PD Dr. G. Sarra       Dr. A. Lange

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

**Zusatzdiagnosen:** \_\_\_\_\_

**Bemerkungen:** \_\_\_\_\_

**Geplante Operation:**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Katarakt-Operation         | <input type="checkbox"/> Femtolaser        | <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"/> PPV                        | <input type="checkbox"/> Cerclage / Plombe | <input type="checkbox"/> Pingueculum        |
| <input type="checkbox"/> TE mit Mito                |  | <input type="checkbox"/> Pterygium          |
| <input type="checkbox"/> Hornhaut - Transplantation |  |   |
| <input type="checkbox"/> Schieloperationen          |  |   |
| <input type="checkbox"/> _____                      |  |   |

**OP-Seite:**       rechts       links       beidseitig

**Dringlichkeit:**       Notfall

Dringend, innerhalb \_\_\_\_\_

Wunschdatum \_\_\_\_\_

Datum/Stempel/Unterschrift

---