VISTA

Zuweiserinformationen		**Patienteninformationen**	
Arzt/Praxis/Klinik		Name	
E-Mail		E-Mail	
Telefonnummer		Telefonnummer	
Kommunikation per	☐ Mail ☐ Fax ☐ Telefon	Geburtsdatum	

OP Anmeldung	*Liestal*
Per E-Mail an: **liestal@vista.ch**	Per Fax an: **+41 (0) 61 926 70 09**

Diagnose:			
Überweisungsgrund:			
Zusatzdiagnosen (Medikamente/Allergien):			
Gewünschter Operateur:	☐ Dr. …		☐ Keine Präferenz
OP-Seite:	☐ rechts	☐ links	☐ beidseitig
Geplante Operation:	☐ Katarakt-OP		☐ Entropium
	☐ Sekundärimplantation		☐ Ektropium
	☐ IOL-Austausch		☐ Pingueculum
	☐ Lid-Tumor Exzision		☐ Pterygium
	☐ …		
Bemerkungen (Wunschtermin etc.):			
Ort, Datum		**Signatur/Stempel**	

Vista Klinik
Bahnhofplatz 11
CH-4410 Liestal

T +41 61 926 70 00
F +41 61 926 70 09

www.vista.ch
liestal@vista.ch