

Zuweiserinformationen		Patienteninformationen	
Arzt/Praxis/Klinik		Name	
E-Mail		E-Mail	
Telefonnummer		Telefonnummer	
Kommunikation per	<input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Telefon	Geburtsdatum	

<i>Biometrie und Katarakt OP</i>	<i>Pfäffikon</i>
Per E-Mail an: <b>info.pfaeffikon@vista.ch</b>	Per Fax an: <b>+41 (0) 55 552 16 65</b>

<b>Für Kontaktlinsenträger:</b> Bitte Karenzzeit von 2 Wochen (harte Kontaktlinsen) und 1 Woche (weiche Kontaktlinsen) einhalten.		
<b>Diagnose/Überweisungsgrund:</b>		
<b>Zusatzdiagnosen (Medikamente/Allergien):</b>		
<b>Gewünschter Operateur:</b> <input type="checkbox"/> Dr. ... <input type="checkbox"/> Keine Präferenz		
<b>Auge:</b> <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links		
	<b>Rechtes Auge</b>	<b>Linkes Auge</b>
Fernvisus mit Korrektur		
Aktuelle Refraktion		
Frühere Refraktion		
Tonometrie		
Erwünschte postop. Refraktion		
Bemerkungen		
<b>Für Biometrie anbieten:</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Bemerkungen (Wunschtermin etc.):</b>		
<b>Ort, Datum</b>	<b>Signatur/Stempel</b>	