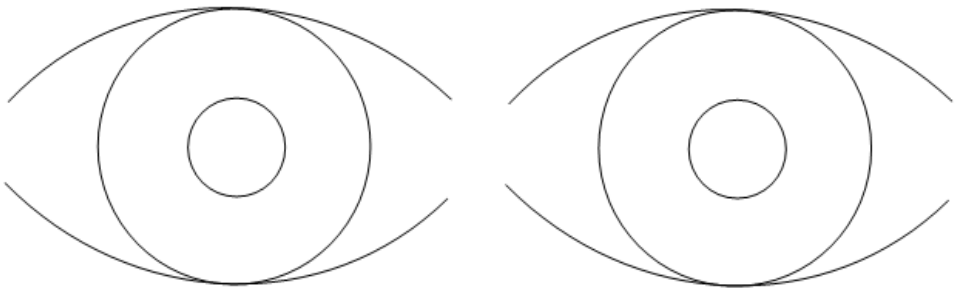
VISTA

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

Hornhaut Sprechstunde	*Pfäffikon*
Per E-Mail an: **info.pfaeffikon@vista.ch**	Per Fax an: **+41 (0) 55 552 16 65**

Diagnose:		
Überweisungsgrund:		
Zusatzdiagnosen (Medikamente/Allergien):		
Refraktion:	rechts:	links:
Visus:	rechts:	links:
Auge:	☐ rechts	☐ links



Bemerkungen (Wunschtermin, gewünschter Arzt):	
Ort, Datum	**Signatur/Stempel**

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