

| 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>IVI-OP Anmeldung</i> | <i>Binningen</i> |
| Per E-Mail an: info.binningen@vista.ch | Per Fax an: +41 (0) 61 426 60 01 |

| <input type="checkbox"/> OD (rechtes Auge) | <input type="checkbox"/> OS (linkes Auge) |
|--|---|
| Diagnose: | |
| <input type="checkbox"/> AMD <input type="checkbox"/> Venenverschluss <input type="checkbox"/> DMÖ <input type="checkbox"/> Myope CNV <input type="checkbox"/> Andere: | |
| | |
| | |
| Fernvisus: | |
| | |
| Blutung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| Zusatzdiagnosen (Medikamente/Allergien): | |
| | |
| | |
| Bemerkungen (Wunschtermin, gewünschter Arzt, Post-OP Kontrolle): | |
| | |
| | |
| <input type="checkbox"/> Lucentis <input type="checkbox"/> Eylea <input type="checkbox"/> Ozurdex | |
| Bild / OCT hochgeladen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| Ort, Datum | Signatur/Stempel |
| | |