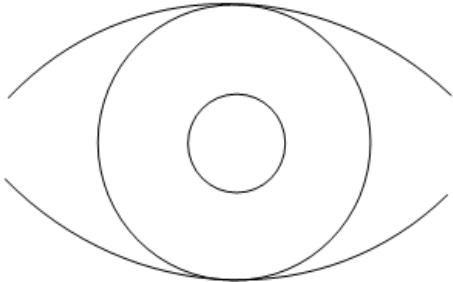
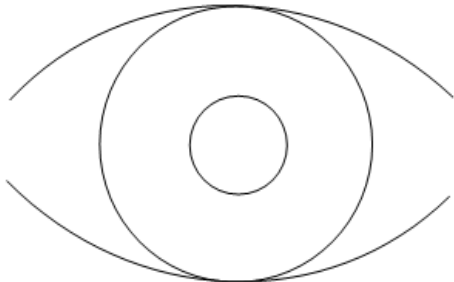


Zuweiserinformationen		Patienteninformationen	
Arzt/Praxis/Klinik		Name	
E-Mail		E-Mail	
Telefonnummer		Telefonnummer	
Kommunikation per	<input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Telefon	Geburtsdatum	

<i>Hornhaut Sprechstunde</i>	<i>Zürich</i>
Per E-Mail an: info.zuerich@vista.ch	Per Fax an: +41 (0) 44 250 95 21

Diagnose:		
Überweisungsgrund:		
Zusatzdiagnosen (Medikamente/Allergien):		
Refraktion:	rechts:	links:
Visus:	rechts:	links:
Auge:	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links
		
Bemerkungen (Wunschtermin, gewünschter Arzt):		
Ort, Datum	Signatur/Stempel	