VISTA

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

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

Für Kontaktlinsenträger: Bitte Karenzzeit von 2 Wochen (harte Kontaktlinsen) und 1 Woche (weiche Kontaktlinsen) einhalten.

Diagnose/Überweisungsgrund:

Zusatzdiagnosen (Medikamente/Allergien):

Gewünschter Operateur: ☐ Dr. … ☐ Keine Präferenz

Auge: ☐ rechts ☐ links

	Rechtes Auge	**Linkes Auge**
Fernvisus mit Korrektur		
Aktuelle Refraktion		
Frühere Refraktion		
Tonometrie		
Erwünschte postop. Refraktion		
Bemerkungen		
Für Biometrie aufbieten:	☐ Ja	☐ Nein

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
info.liestal@vista.ch