

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

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