

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

<b>Diagnose:</b>	
<b>Überweisungsgrund:</b>	
<b>Zusatzdiagnosen (Medikamente/Allergien):</b>	
<b>Gewünschter Operateur:</b> <input type="checkbox"/> Dr. ... <input type="checkbox"/> Keine Präferenz	
<b>OP-Seite:</b> <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> beidseitig	
<b>Geplante Operation:</b> <input type="checkbox"/> Katarakt-OP <input type="checkbox"/> Femtolaser <input type="checkbox"/> Lid-Tumor Exzision <input type="checkbox"/> Sekundärimplantation <input type="checkbox"/> Entropium <input type="checkbox"/> IOL-Austausch <input type="checkbox"/> Ektropium <input type="checkbox"/> PPV <input type="checkbox"/> Cerclage/Plombe <input type="checkbox"/> Pingueculum <input type="checkbox"/> TE mit Mito <input type="checkbox"/> Pterygium <input type="checkbox"/> Hornhaut Transplantation <input type="checkbox"/> Schieloperation <input type="checkbox"/> ...	
<b>Bemerkungen (Wunschtermin etc.):</b>	
<b>Ort, Datum</b>	<b>Signatur/Stempel</b>