

| 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>Biometrie und Katarakt OP</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> |

|   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| <b>Für Kontaktlinsenträger:</b> Bitte Karenzzeit von 2 Wochen (harte Kontaktlinsen) und 1 Woche (weiche Kontaktlinsen) einhalten. |                             |                               |
| <b>Diagnose/Überweisungsgrund:</b>  |                             |                               |
|   |                             |                               |
| <b>Zusatzdiagnosen (Medikamente/Allergien):</b>   |                             |                               |
|   |                             |                               |
| <b>Gewünschter Operateur:</b> <input type="checkbox"/> Dr. ... <input type="checkbox"/> Keine Präferenz                           |                             |                               |
| <b>Auge:</b> <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links   |                             |                               |
|   | <b>Rechtes Auge</b>         | <b>Linkes Auge</b>            |
| Fernvisus mit Korrektur   |                             |                               |
| Aktuelle Refraktion   |                             |                               |
| Frühere Refraktion  |                             |                               |
| Tonometrie  |                             |                               |
| Erwünschte postop. Refraktion   |                             |                               |
| Bemerkungen   |                             |                               |
| <b>Für Biometrie anbieten:</b>  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <b>Bemerkungen (Wunschtermin etc.):</b>   |                             |                               |
|   |                             |                               |
| <b>Ort, Datum</b>   | <b>Signatur/Stempel</b>     |                               |
|   |                             |                               |