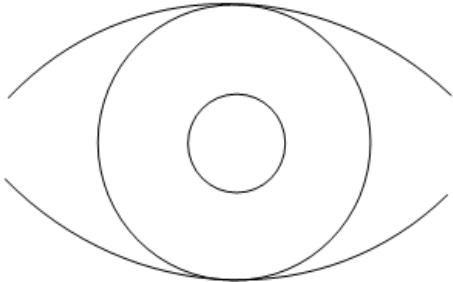
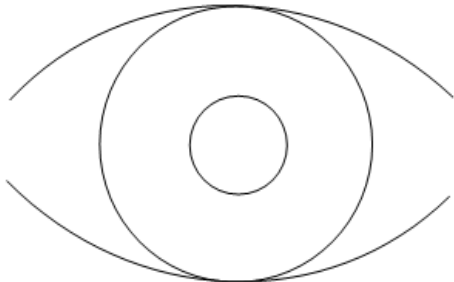


Zuweiserinformationen		Patienteninformationen	
Arzt/Praxis/Klinik		Name	
E-Mail		E-Mail	
Telefonnummer		Telefonnummer	
Kommunikation per	<input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Telefon	Geburtsdatum	

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

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