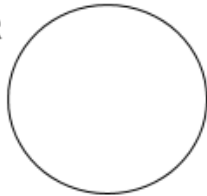
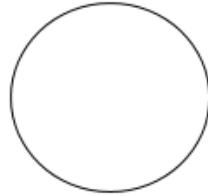


Zuweiserinformationen		Patienteninformationen	
Arzt/Praxis/Klinik		Name	
E-Mail		E-Mail/Adresse	
Telefonnummer		Telefonnummer	
Kommunikation per	<input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Telefon	Geburtsdatum	

<i>Fluoreszenzangiographie</i>	<i>Liestal</i>
Per E-Mail an: info.liestal@vista.ch	Per Fax an: +41 (0) 61 926 70 09

Diagnose:		
<input type="checkbox"/> Fluoreszenzangiographie	<input type="checkbox"/> mit Peripherie	Frühphase: <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links
<input type="checkbox"/> ICG Angiographie		Frühphase: <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links
<input type="checkbox"/> OCT	<input type="checkbox"/> Makula	<input type="checkbox"/> Papille <input type="checkbox"/> andere Lokalisation
<input type="checkbox"/> Fundusfoto	<input type="checkbox"/> Makula	<input type="checkbox"/> Papille <input type="checkbox"/> andere Lokalisation
<input type="checkbox"/> OCT Angiographie		
Überweisungsgrund:		
Zusatzdiagnosen (Medikamente/Allergien):		
Herz-, Kreislauf-, Nieren-, Leberleiden? Einnahme von Betablockern? Frühere Fluoreszenzangiographien (Verträglichkeit)?		
Visus:	rechts:	links:
Auge:	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>R</p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p>L</p>  </div> </div>		
Bemerkungen (Wunschtermin, gewünschter Arzt):		
Ort, Datum	Signatur/Stempel	