

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

|   |   |
|---|---|
| <b>Diagnose:</b>  |   |
|   |   |
|   |   |
| <b>Überweisungsgrund:</b>   |   |
|   |   |
|   |   |
| <b>Zusatzdiagnosen (Medikamente/Allergien):</b>   |   |
|   |   |
|   |   |
| <b>Gewünschter Eingriff:</b><br><input type="checkbox"/> ALT <input type="checkbox"/> ALK<br><input type="checkbox"/> KT <input type="checkbox"/> LIT | <b>Seite:</b><br><input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links |
| <b>Bemerkungen (Wunschtermin, gewünschter Arzt):</b>  |   |
|   |   |
|   |   |
|   |   |
| <b>Ort, Datum</b>   | <b>Signatur/Stempel</b>   |
|   |   |