

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

Diagnose:											
Überweisungsgrund:											
Zusatzdiagnosen (Medikamente/Allergien):											
Gewünschter Operateur: <input type="checkbox"/> Dr. ... <input type="checkbox"/> Keine Präferenz											
OP-Seite: <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> beidseitig											
Geplante Operation: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Katarakt-OP</td> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Entropium</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Sekundärimplantation</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Ektropium</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> IOL-Austausch</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Pingueculum</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Lid-Tumor Exzision</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Pterygium</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> ...</td> <td style="border: none;"></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Katarakt-OP	<input type="checkbox"/> Entropium	<input type="checkbox"/> Sekundärimplantation	<input type="checkbox"/> Ektropium	<input type="checkbox"/> IOL-Austausch	<input type="checkbox"/> Pingueculum	<input type="checkbox"/> Lid-Tumor Exzision	<input type="checkbox"/> Pterygium	<input type="checkbox"/> ...	
<input type="checkbox"/> Katarakt-OP	<input type="checkbox"/> Entropium										
<input type="checkbox"/> Sekundärimplantation	<input type="checkbox"/> Ektropium										
<input type="checkbox"/> IOL-Austausch	<input type="checkbox"/> Pingueculum										
<input type="checkbox"/> Lid-Tumor Exzision	<input type="checkbox"/> Pterygium										
<input type="checkbox"/> ...											
Bemerkungen (Wunschtermin etc.):											
Ort, Datum	Signatur/Stempel										