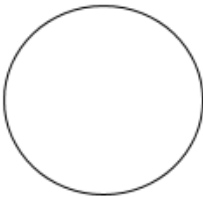
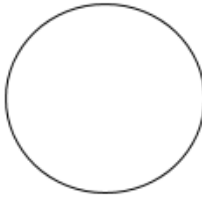


Zuweiserinformationen		Patienteninformationen	
Arzt/Praxis/Klinik		Name	
E-Mail		E-Mail/Adresse	
Telefonnummer		Telefonnummer	
Kommunikation per	<input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Telefon	Geburtsdatum	

<i>Fluoreszenzangiographie</i>	<i>Zürich</i>
Per E-Mail an: info.zuerich@vista.ch	Per Fax an: +41 (0) 44 250 95 01

Diagnose:		
Anamnese / Dringlichkeit:		
<input type="checkbox"/> Fluoreszenzangiographie	Beginn R <input type="checkbox"/>	Beginn L <input type="checkbox"/> : Peripherie <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ICG Angiographie	Beginn R <input type="checkbox"/>	Beginn L <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> OCT		
<input type="checkbox"/> Fundusfoto		
<input type="checkbox"/> OCT Angiographie		
Fragestellung:		
Visus:	rechts:	links:
R 	L 	
Zusatzdiagnosen (Medikamente/Allergien):		
Herz-, Kreislauf-, Nieren-, Leberleiden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Einnahme von Betablockern?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Frühere Fluoreszenzangiographien (Verträglichkeit)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Konsultation erwünscht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Direkt für Therapie aufbieten, falls indiziert?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bemerkungen (gewünschter Arzt):		
Ort, Datum	Signatur/Stempel	