

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

Diagnose:	
Überweisungsgrund:	
Zusatzdiagnosen (Medikamente/Allergien):	
Bemerkungen (Wunschtermin):	
Gewünschter Arzt:	<input type="checkbox"/> Dr. ... <input type="checkbox"/> Keine Präferenz
Ort, Datum	Signatur/Stempel