

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>Pfäffikon</i>
Per E-Mail an: augenklinik.pfaeffikon@vista.ch	Per Fax an: +41 (0) 55 552 16 65

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: <input type="checkbox"/> Katarakt-OP <input type="checkbox"/> Femtolaser <input type="checkbox"/> Lid-Tumor Exzision <input type="checkbox"/> Sekundärimplantation <input type="checkbox"/> Entropium <input type="checkbox"/> IOL-Austausch <input type="checkbox"/> Ektropium <input type="checkbox"/> PPV <input type="checkbox"/> Cerclage/Plombe <input type="checkbox"/> Pingueculum <input type="checkbox"/> TE mit Mito <input type="checkbox"/> Pterygium <input type="checkbox"/> Hornhaut Transplantation <input type="checkbox"/> Schieloperation <input type="checkbox"/> ...	
Bemerkungen (Wunschtermin etc.):	
Ort, Datum	Signatur/Stempel