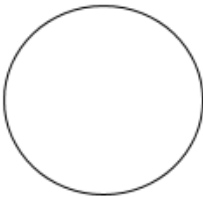
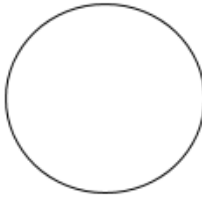


| Zuweiserinformationen |   | Patienteninformationen |  |
|-----------------------|---|------------------------|--|
| Arzt/Praxis/Klinik    |   | Name                   |  |
| E-Mail                |   | E-Mail/Adresse         |  |
| Telefonnummer         |   | Telefonnummer          |  |
| Kommunikation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

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

|   |  |   |
|---|--|---|
| <b>Diagnose:</b>  |  |   |
| <b>Anamnese / Dringlichkeit:</b>  |  |   |
| <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   |  |   |
| <b>Fragestellung:</b>   |  |   |
| <b>Visus:</b>   | rechts:  | links:  |
| R  | L  |   |
| <b>Zusatzdiagnosen (Medikamente/Allergien):</b>                                       |  |   |
| 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   |
| <b>Bemerkungen (gewünschter Arzt):</b>  |  |   |
| <b>Ort, Datum</b>   | <b>Signatur/Stempel</b>  |   |