

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

Diagnose:	
Überweisungsgrund:	
Zusatzdiagnosen (Medikamente/Allergien):	
Gewünschter Eingriff: <input type="checkbox"/> ALT <input type="checkbox"/> ALK <input type="checkbox"/> KT <input type="checkbox"/> LIT	
Seite: <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links	
Bemerkungen (Wunschtermin, gewünschter Arzt):	
Ort, Datum	Signatur/Stempel