

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

Für Kontaktlinsenträger: Bitte Karenzzeit von 2 Wochen (harte Kontaktlinsen) und 1 Woche (weiche Kontaktlinsen) einhalten.		
Diagnose/Überweisungsgrund:		
Zusatzdiagnosen (Medikamente/Allergien):		
Gewünschter Operateur: <input type="checkbox"/> Dr. ... <input type="checkbox"/> Keine Präferenz		
Auge: <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links		
	Rechtes Auge	Linkes Auge
Fernvisus mit Korrektur		
Aktuelle Refraktion		
Frühere Refraktion		
Tonometrie		
Erwünschte postop. Refraktion		
Bemerkungen		
Für Biometrie anbieten: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Bemerkungen (Wunschtermin etc.):		
Ort, Datum	Signatur/Stempel	