

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

<input type="checkbox"/> OD (rechtes Auge)	<input type="checkbox"/> OS (linkes Auge)
Diagnose:	
<input type="checkbox"/> AMD <input type="checkbox"/> Venenverschluss <input type="checkbox"/> DMÖ <input type="checkbox"/> Myope CNV <input type="checkbox"/> Andere:	
Fernvisus:	
Blutung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Zusatzdiagnosen (Medikamente/Allergien):	
Bemerkungen (Wunschtermin, gewünschter Arzt, Post-OP Kontrolle):	
<input type="checkbox"/> Lucentis <input type="checkbox"/> Eylea <input type="checkbox"/> Ozurdex <input type="checkbox"/> Vabysmo	
Bild / OCT hochgeladen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Ort, Datum	Signatur/Stempel