

FAX ANMELDUNG

unter Nummer 031 382 47 79

Name des Patienten:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon-Nummer:

Visus:

Rechts: _____ **Links:** _____

Besondere Dringlichkeit:

Begründung:

Datum: _____

Unterschrift / Stempel:

Wird durch die Poliklinik ausgefüllt:

Vorgesehener Untersuchungstermin am: