

Patientendaten:

**FAX ANMELDUNG Augenarzt**

**auf Nummer +41 31 664 47 79**

**Überweisungsgrund:**

**Diagnosen:**

Bitte um Terminvereinbarung für folgende **Spezialsprechstunde** (max. 1 Kreuz, sonst Allgemeinsprechstunde):

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Netzhaut Allgemein | <input type="checkbox"/> Diabetes               | <input type="checkbox"/> Makula               |
| <input type="checkbox"/> Uveitis            | <input type="checkbox"/> ERG-Sprechstunde       |   |
| <input type="checkbox"/> Hornhaut/Bindehaut | <input type="checkbox"/> Lider/Orbita           | <input type="checkbox"/> Refraktive Chirurgie |
| <input type="checkbox"/> Glaukom            | <input type="checkbox"/> Allgemein-Sprechstunde |   |

Bitte um folgende **Spezialuntersuchungen:**

- |  |                                  |                              |  |
|--|----------------------------------|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Fluo/Foto       | <input type="checkbox"/> OCT     | <input type="checkbox"/> HRT | <input type="checkbox"/> Biometrie / TMS |
| <input type="checkbox"/> Echo            | <input type="checkbox"/> Octopus | <input type="checkbox"/> GDx | <input type="checkbox"/> Pachymetrie     |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges:..... |                                  |                              |  |

Besondere Dringlichkeit

**Begründung:**

.....  
Datum

.....  
Unterschrift / Praxisstempel

**Wird durch die Poliklinik ausgefüllt:**

Vorgesehener Untersuchungstermin am: .....