

## E-Mail-Anmeldung

### Patient

Name	_____	Telefon	_____
Vorname	_____	Mobil	_____
Strasse	_____	Geburtsdatum	_____
PLZ/Ort	_____	Hausarzt	_____
Krankenkasse	_____	Versicherungsnr.	_____
E-Mail-Adresse	_____		

- Notfall  
 Allgemeine ophthalmologische Sprechstunde / Zuweisungen von Allgemeinpraktikern

Bitte um Terminvereinbarung für folgende Spezialsprechstunde

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Entzündliche Augenerkrankungen                             | <input type="checkbox"/> Medical Retina                             |
| <input type="checkbox"/> Glaukom  | <input type="checkbox"/> Surgical Retina                            |
| <input type="checkbox"/> Hornhaut   | <input type="checkbox"/> Strabologie/Neuroophthalmologie            |
| <input type="checkbox"/> Lider, Orbita und Tränenwege                               | <input type="checkbox"/> Voruntersuchung Cataract-Operation         |
| Lidtumore <input type="checkbox"/> grösser 1cm <input type="checkbox"/> kleiner 1cm | <input type="checkbox"/> für Standard IOL                           |
| <input type="checkbox"/> Kontaktlinsenanpassung / Low Vision                        | <input type="checkbox"/> mit Beratung für torische IOL              |
| <input type="checkbox"/> Trockene Augen / Blepharitis                               | <input type="checkbox"/> mit Beratung für multifokale oder EDOF IOL |
| <input type="checkbox"/> Vorderes Segment   | <input type="checkbox"/> Cataract-Operation 2. Auge                 |

Bitte um folgende Spezialuntersuchungen

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <b>Echographie</b>                           | <b>Fotodiagnostik</b>                               | <b>Spez. Untersuchungen</b>                  | <b>Laser</b>                              |
| <input type="checkbox"/> Bulbus              | <input type="checkbox"/> äusseres Auge              | <input type="checkbox"/> Biometrie           | <input type="checkbox"/> YAG-Kapsulotomie |
| <input type="checkbox"/> Orbita              | <input type="checkbox"/> Spaltfoto                  | <input type="checkbox"/> Goldmann            | <input type="checkbox"/> YAG-Iridotomie   |
| <input type="checkbox"/> UBM (Echo VBA)      | <input type="checkbox"/> Fundusfoto                 | <input type="checkbox"/> monokular           | <input type="checkbox"/> SLT              |
| <b>Elektrodiagnostik</b>                     | <input type="checkbox"/> Fluoreszenzangiographie    | <input type="checkbox"/> binokular 3/III     | <input type="checkbox"/> Argon Laser      |
| <input type="checkbox"/> ERG                 | <input type="checkbox"/> Indocyningrün Angiographie | <input type="checkbox"/> Hornhauttopographie |   |
| <input type="checkbox"/> Multifokale ERG     | <input type="checkbox"/> OCT/Makula                 | <input type="checkbox"/> LipiView            |   |
| <input type="checkbox"/> VEP                 | <input type="checkbox"/> OCT/NFA                    | <input type="checkbox"/> Pachymetrie         |   |
| <input type="checkbox"/> EOG                 | <input type="checkbox"/> OCT Angio                  | <input type="checkbox"/> Pascaltonometrie    |   |
| <input type="checkbox"/> Plaquenil Screening |   | <input type="checkbox"/> Schirmertest        |   |
| <input type="checkbox"/> Farbsinnprüfung     |   | <input type="checkbox"/> Octopus             |   |
| <input type="checkbox"/> Dunkeladaptation    |   |  |   |

**Klinische Angaben / Visus / Brillen-Korrektur / Diagnosen / Spezielle Probleme / aktuelle Therapie**

### Fragestellung

- Nur Beurteilung  
Behandlung
- Übernahme der

Zuweiser / Stempel / Telefon

Datum