



## ANMELDUNG ZUR AUGENARZTUNTERSUCHUNG

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular per:

Fax 044 261 00 79 oder E-mail info@augenpraxis-schauspielhaus.ch

Name, Vorname

---

Geburtsdatum

---

Adresse

---

PLZ/Ort

---

Telefon

---

### Gewünschte Untersuchung:

- Allgemeine Augen-Kontrolle
- Katarakt-Abklärung
- Glaukom-Abklärung

- Fahreignungs-Abklärung
- Kontrolle bei Diabetes
- Andere: \_\_\_\_\_

### Wichtige Diagnosen:

---

---

---

### Medikamente:

---

---

---

### Arzt-Präferenz:

nein

KD Dr. Armbruster-Kordic

Dr. Estermann

Termin dringend erwünscht

Datum/Stempel/Unterschrift

---