



ANMELDUNG ZUR GLAUKOM-ABKLÄRUNG

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular per:

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

Name, Vorname _____

Adresse _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

Geburtsdatum _____

Diagnostik

OCT Gesichtsfeld Andere: _____

Therapie/Laser/OP

«einfache» Mitbeurteilung SLT LIT
 TE TE mit Phako-IOL Ex-PRESS Shunt Tube
 MIGS (z.B. XEN) Needling Cyclophoto

Seite

OU OD OS

Diagnosen: _____

Weitere Infos: _____

	Rechtes Auge	Linkes Auge
Fernvisus mit Korrektur		
Aktuelle Refraktion		
Tensio		
Tropfen		

Arzt-Präferenz:

nein Dr. Estermann KDDr. Armbruster-Kordic

Termin dringend erwünscht

Gesichtsfeld beiliegend

Datum/Stempel/Unterschrift _____