



ANMELDUNG FÜR EINE LINSEN/KATARAKT-OP

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 _____

Gewünschter Eingriff

Phako-IOL

ECCE/ICCE

IOL-Austausch

OU

OD

OS

Beratung über Speziallinsen erwünscht:

Torische IOL

Multifokale IOL

Diagnosen: _____

Medikamente/Wichtige Infos: _____

| | Rechtes Auge | Linkes Auge |
|-------------------------|--------------|-------------|
| Fernvisus mit Korrektur | | |
| Aktuelle Refraktion | | |
| Frühere Refraktion | | |
| Tensio | | |
| postop. Ziel-Refraktion | | |
| Bemerkungen | | |

Arzt-Präferenz:

nein

KD Dr. Armbruster-Kordic

Dr. Estermann

Termin dringend erwünscht

Datum/Stempel/Unterschrift _____