



# BERNER AUGENKLINIK AM LINDENHOFSPITAL

**FAX-ANMELDUNG  
ELEKTRONISCHE ANMELDUNG**

**Fax: 031 311 14 33  
E-Mail: [info@augenlinik-bern.ch](mailto:info@augenlinik-bern.ch)**

## PATIENTENDATEN

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Zuweisungs-Diagnosen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Betroffenes Auge  R  L

Fernvisus           R                     L          

Refraktion           R                     L          

Aktuelle Therapie \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## GEWÜNSCHTE DIENSTLEISTUNG / THERAPIE

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Konsiliarische klin. Untersuchung | <input type="checkbox"/> OCT                                   |
| <input type="checkbox"/> Zweitmeinung / Beratung           | <input type="checkbox"/> Fundusfotografie                      |
| <input type="checkbox"/> Ultraschalldiagnostik             | <input type="checkbox"/> Fluoreszenz-Angiografie               |
| <input type="checkbox"/> Biometrie                         | <input type="checkbox"/> Abklärung zur intravitrealen Therapie |
| <input type="checkbox"/> Operation                         | <input type="checkbox"/> Lasertherapie                         |

Gewünschte Abklärung / Sonstiges (Klartext) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Termin vereinbart für / resp. Gewünschter Zeitrahmen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Absender / Praxisstempel \_\_\_\_\_