



BERNER AUGENKLINIK AM LINDENHOFSPITAL

**QUALITÄTSERFASSUNG
FAX-RÜCKMELDUNG**

**E-Mail: info@augenlinik-bern.ch
Fax: 031 311 14 33**

(weitere Formulare stehen unter www.augenlinik-bern.ch
zum Download zu Verfügung)

PATIENTENDATEN

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Operationsdatum _____

CATARACT-OPERATION

Operierte Seite

R

L

Fernvisus n. 1 Woche

R _____

L _____

Fernvisus n. 4 Wochen

R _____

L _____

Refraktion n. 4 Wochen

R _____

L _____

Probleme, Komplikationen, Bemerkungen _____

VITREKTOMIE (AUCH KOMBINIERT EINGRIFFE)

Operierte Seite

R

L

Fernvisus n. 1 Woche

R _____

L _____

Fernvisus n. 4 Wochen

R _____

L _____

Refraktion n. 4 Wochen

R _____

L _____

Probleme, Komplikationen, Bemerkungen _____

Erneute Beurteilung durch den Operateur gewünscht? Ja Nein

(wir werden bemüht sein, einen zügigen Termin bereitzustellen)

Würde sich die/der PatientIn wieder dieser Operation unterziehen? Ja Nein

Kommunikation Operateur / Zuweiser ausreichend? Ja Nein

Anregungen und Änderungsvorschläge _____

Datum _____

Absender / Praxisstempel _____

Bremgartenstrasse 119
Hochhaus, 11. Stock
CH - 3012 Bern

Tel: +41 31 311 12 22
Fax: +41 31 311 14 33

E-Mail: info@augenlinik-bern.ch
Web: www.augenlinik-bern.ch