



## ELEKTRONISCHE ANMELDUNG

info@augenlinik-bern.ch

### PATIENTENDATEN

Name, Vorname

---

Adresse

---

Telefon

Geburtsdatum

---

Zuweisungs-Diagnosen

---

---

Betroffenes Auge

R

L

---

Fernvisus

R

L

---

Refraktion

R

L

---

Tensio

R

L

---

Aktuelle Therapie:

---

---

### GEWÜNSCHTE DIENSTLEISTUNG

Konsiliarische klin. Untersuchung

OCT

Zweitmeinung / Beratung

Fundusfotografie

Operation

Fluoreszenz-Angiografie

Gesichtsfeld / Mikroperimetrie

Abklärung zur intravitrealen Therapie

Ultraschalldiagnostik

Lasertherapie

Biometrie

Gewünschte Abklärung / Sonstiges (Klartext)

---

---

Termin vereinbart für / resp. gewünschter Zeitrahmen

---

---

Datum

Absender / Praxisstempel

---