



QUALITÄTSERFASSUNG

E-Mail: info@augenlinik-bern.ch

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 Woche 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 Woche 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