

Zuweisung

Patient:in

Anrede: _____ W M X
Name: _____ Vorname: _____
Strasse: _____ PLZ/Ort: _____
Geb.-Datum: _____ Telefon: _____
E-Mail: _____

Gewünschte Sprechstunde:

Allgemeine Sprechstunde für Erwachsene:

Zweitmeinung _____
 Verdacht auf: _____

 Sonstiges: _____

Allgemeine Sprechstunde für Kinder:

Zweitmeinung _____
 Verdacht auf: _____

 Sonstiges: _____
 Katarakt IVT (Spritze) Netzhaut Glaukom Lid
 Photobiomodulation (trockene AMD) Andere: _____

Dringlichkeit:

Notfall (bitte **zusätzlich telefonisch unter der Nr. 055 552 76 59** anmelden)
 innerhalb von 3 Tagen innerhalb von 3 Wochen innerhalb von 3 Monaten

Zuweiser:in

Anrede: _____ Praxisname: _____
Name: _____ Vorname: _____
Adresse: _____ PLZ/Ort: _____
Telefon: _____ E-Mail: _____

Rückmeldung an Zuweiser: per Telefon per E-Mail per Post

Bei operativen Eingriffen: Nachkontrollen durch Zuweiser:in
 Nachkontrollen durch Gutblick

Anmerkungen: _____

Bitte senden Sie uns mit dem ausgefüllten Formular alle relevanten Dokumente (Diagnoseliste, Medikamentenliste, falls vorhanden OCT-, Gesichtsfeldmessungen) der Patientin/des Patienten per E-Mail zu: dmadjdpour@hin.ch