

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 direkt in der Praxis** 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