

## Zuweisung

### Patient:in

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

### 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](mailto:dmadjdpour@hin.ch)