

Zuweisung

Patient:in

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

Diagnose:

Studie:

Zuweiser:in

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

Rückmeldung an Zuweiser:in: ☐ 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:
gutblick-research@hin.ch