

Anmeldung für eine Linsen-/Katarakt-Operation

Termin dringend erwünscht

ANMELDUNG:

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ/Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

Krankenkasse: _____

GEWÜNSCHTER EINGRIFF:

Phako-IOL

ECCE/ICCE

IOL-Austausch

OU

OD

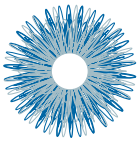
OS

Beratung über Speziallinsen

erwünscht:

Torische IOL

Multifokale IOL



**augenarzt-
praxis
stemmle**

Dr. med. Jonas Stemmlé

Facharzt FMH für Augenkrankheiten
Facharzt FMH für Augenchirurgie
F.E.B.O. Fellow European Board of
Ophthalmology

Augenarzt-Praxis Stemmlé

Adresse Kreuzplatz 1, 8032 Zürich
Telefon +41 44 201 66 44
Fax +41 44 201 66 53
E-Mail praxis@stemmle.com
Web www.stemmle.com

DIAGNOSEN:

MEDIKAMENTE/ WICHTIGE INFOS:

	Rechtes Auge	Linkes Auge
Fernvisus mit Korrektur		
Aktuelle Refraktion		
Frühere Refraktion		
Tensio		
Postop. Ziel-Refraktion		

BEMERKUNGEN:

Datum

Stempel, Unterschrift