

Anmeldung Ophthalmologie



Patient/in:

Nachname _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Strasse _____

PLZ / Wohnort _____

Telefon _____

Krankenkasse _____

Dr. J. Menzi Augenarzt AG

Ophthalmologie/
Ophthalmochirurgie FMH

Bubenbergplatz 8
3011 Bern

T 031 311 66 26

F 031 311 64 43

M 079 607 26 07

praxis@augenarzt-visio.ch

www.augenarzt-visio.ch

EAN-Nr. 7 601 000 093 806

Diagnose RA _____

LA _____

Anamnese / Klinische Informationen _____

Fragestellung _____

Aktuelle Therapie _____

Wunschtermin- und benachrichtigung:

Vereinbarter Termin: _____

Aufbieten für heute, oder morgen für diese Woche ab nächster Woche

Telefonische Benachrichtigung gewünscht

Kopie an: _____

Praxisstempel / Datum zuweisender Arzt:

Terminbestätigung durch Praxis:

Wir haben Ihrem/Ihrer Patient/in einen Termin am _____ erteilt.

Download: <http://www.augenarzt-visio.ch/Zuweiser>

WILLKOMMEN & WIEDERSEHEN