

ZUWEISENDE FACHPERSONEN

Name / Institution

Beruf

Telefon

E-mail

PATIENT

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Telefon

Adresse

PLZ / Ort

E-Mail

ZUWEISUNGSGRUND / ANFRAGE

Bitte erläutern Sie Ihre Anfrage oder die klinische Frage, die wir beantworten sollen.

GEWÜNSCHTE UNTERSUCHUNGEN UND BETREUUNGSANGEBOTEN

- | | |
|--|---|
| ☐ Umfassende optometrische Sehprüfung | ☐ Trockene Augen / Tränenfilmanalyse |
| ☐ Augengesundheitskontrolle | ☐ Kontaktlinsen |
| ☐ Binokulares Sehen / Sehfunktionen | ☐ Irreguläre Hornhaut / Keratokonus |
| ☐ Sehtraining (Visual Training) | ☐ Myopiekontrolle |
| ☐ OCT der Hornhaut | ☐ Low Vision / Filter |
| ☐ OCT der Netzhaut | ☐ Optometrische Zweitmeinung |
| ☐ Hornhauttopografie | ☐ Sehtest für den Führerausweis Kat. 1 |
| ☐ Augeninnendruckmessung | ☐ Sonstiges: _____ |

ZUSÄTZLICHE INFORMATIONEN

Anamnese, Diagnose, Behandlungen, frühere Befunde oder weitere nützliche Informationen.

RÜCKMELDUNG AN DIE ZUWEISENDE FACHPERSON

Bitte geben Sie die gewünschte Form der Rückmeldung an:

- ☐ Ausführlicher Bericht ☐ Kurzer Ergebnisbericht ☐ Telefonischer Kontakt

Zusammenarbeit und kontinuierliche Betreuung

Mit Zustimmung des Patienten übermitteln wir der zuweisenden Fachperson die Ergebnisse und nützliche Informationen. Unsere Tätigkeit ergänzt die bereits bestehende Betreuung.

ÜBERMITTLUNG DES FORMULARS

E-Mail: lorellaleonard@optom-hin.ch | **Post:** Lorella & Léonard OPTIC GmbH, Bahnhofstrasse 21, 2502 Biel