

ANMELDUNG AUGENKONTROLLE FÜR DIABETES-PATIENTEN

PERSONALIEN PATIENT

Name
Vorname
Strasse / Nr.
PLZ / Ort
AHV-Nr.
Geb.datum
Telefon
E-Mail

Geschlecht
Telefon

Arbeitgeber

Krankenkasse

OPHTHALMOLOGE

GLN

ZSR

E-Mail

Mitglied-Nr.

☐ Hausarztmodell

ANGABEN ALLGEMEINMEDIZINER / HAUSARZT / DIABETOLOGE

☐ Erstüberweisung

☐ Informationen zum Verlauf

Überweisungsgrund

Diabetes Typ

Datum Erstdiagnose

Behandlung

☐ Orale Antidiabetika

☐ Insulin, seit

☐ Andere

Befunde

☐ HbA1c

☐ Blutdruck

Visusabfall

☐ Kein

☐ Subjektiv

☐ Objektiv

Begleitdiagnosen

☐ Hypertonie

☐ Dyslipidämie

☐ KHK / PAVK / CVI

☐ Bestehende Endorganschäden

☐ Weitere

Bemerkungen/Änderungen
seit letzter Visite

☐ Bitte Patient für augenärztliche Kontrolluntersuchung aufbieten

ZUWEISER

Tel.

Fax

GLN

ZSR

E-Mail

Unterschrift (bei elektronischer Einsendung unnötig)

Datum

ELEKTRONISCHE ÜBERMITTLUNG

Mittels dem Button «**Senden**» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an den gewählten Ophthalmologen.