

Anmeldung für augenärztliche Untersuchung

BITTE AUFBIETEN:

- Regulär (Normalerweise innerhalb 1 - 2 Monaten)
- Dringend (Innerhalb 1 Woche)
- Notfallmässig (Bitte tel. Voranmeldung, Direktwahl 044 201 66 45)
- Termin vereinbart auf: _____

ANMELDUNG:

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ/Ort: _____

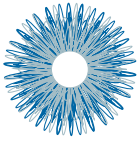
Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

Krankenkasse: _____

GEWÜNSCHTE UNTERSUCHUNGEN:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allgemeine ophthalmologische Kontrolle | <input type="checkbox"/> Brillenrezept/ Brillenkontrolle |
| <input type="checkbox"/> Augendruckkontrolle | <input type="checkbox"/> Fahreignung für Strassenverkehrsamt |
| <input type="checkbox"/> Kontrolle bei Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Andere: _____ |



**augenarzt-
praxis
stemmle**

Dr. med. Jonas Stemmle

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

Augenarzt-Praxis Stemmle

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:

FRAGESTELLUNG:

MEDIKAMENTE:

LABOR:

BEMERKUNGEN:

Datum

Stempel, Unterschrift