

1. Anmeldung Ophthalmologische Kontrolle

Patient/in

Name* _____

Vorname _____

Strasse, Nr. _____

PLZ/Ort _____

E-Mail _____

Telefonnr. _____

Krankenkasse _____

Standort Olten Solothurn Oftringen Balsthal

Termin

- Notfallmässig (Bitte tel. Voranmeldung, Direktwahl 062 206 77 22)
 Dringend (innerhalb 1 Woche)
 Baldmöglichst (normalerweise innerhalb 1-2 Monaten)

Gewünschte Untersuchung

- Allgemeine Sprechstunde Kontrolle bei Diabetes
 Netzhaut Hornhaut
 Glaucom Lid/Tränenweg
 Cataract Strabologie/Kinder Sprechstunde

Fragestellung/Bemerkung

Anamnese

Zuweiser

Name _____

Adresse/PLZ _____

Telefon* _____

E-Mail _____

Datum _____