



Retina Suisse

Aktiv gegen Sehverlust

Augenärztliches Zeugnis

Die Retina Suisse Beratungsstelle Zürich verpflichtet sich im Sinne der beruflichen Schweigepflicht nach Art. 35 des Bundesgesetzes über den Datenschutz zur Geheimhaltung aller Angaben.

Name, Vorname:	<input type="text"/>
Adresse:	<input type="text"/>
PLZ / Ort:	<input type="text"/>
Telefon:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>
Diagnose	OD: <input type="text"/> OS: <input type="text"/>
Ursache	<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Geburtsgebrechen
Sehschärfe	Ferne: OD <input type="text"/> Korrektur: <input type="text"/> OS <input type="text"/> Korrektur: <input type="text"/> Nähe: OD <input type="text"/> Korrektur: <input type="text"/> OS <input type="text"/> Korrektur: <input type="text"/>
Gesichtsfeld	rechts: <input type="text"/> links: <input type="text"/> Anspruch auf Hilflosenentschädigung: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, seit wann: <input type="text"/>
Letzter Untersuch	<input type="text"/>
Therapie	<input type="text"/>
Prognose	Der Patient ist über die Prognose informiert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bemerkungen	<input type="text"/>
Zuweisender Arzt	<input type="text"/>
Ort, Datum	<input type="text"/>