

Name und Vorname:

Adresse: PLZ/Ort:

E-Mail: Geburtsdatum:

Telefon privat: Mobil:

Beruf: Versicherung:

◆ Bitte schildern Sie Ihre Beschwerden:

.....
.....

◆ Welche Eingriffe am Auge wurden bei Ihnen durchgeführt?

Rechtes Auge: Katarakt Operation · OP Datum

Linkes Auge: Katarakt Operation · OP Datum

◆ Welchen Linsentypen wurden implantiert:

◆ Hatten Sie auch noch weitere Operationen an den Augen?

Refraktive Eingriffe (Touch Up LASER, LASIK, LASEK, SMILE oder andere?)

.....
.....
.....

Datum:

Unterschrift:

