

**FAX ANMELDUNG**

unter Nummer 031 382 47 79

**Name des Patienten:**

---

**Geburtsdatum:**

---

**Adresse:**

---

---

---

**Telefon-Nummer:**

---

**Visus:**

**Rechts:** \_\_\_\_\_ **Links:** \_\_\_\_\_

**Besondere Dringlichkeit:**

**Begründung:**

---

---

---

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift / Stempel:**

**Wird durch die Poliklinik ausgefüllt:**

**Vorgesehener Untersuchungstermin am:** .....