



ANMELDUNG

HIRSLANDEN KLINIK LINDE
AUGENZENTRUM LINDE
BLUMENRAIN 105
CH-2501 BIEL
T +41 32 366 43 36, F +41 32 366 42 64
MAIL: AUGENZENTRUM.LINDE@HIRSLANDEN.CH

PATIENTENANGABEN

| | | | |
|-----------------------|---|--|---|
| Name | Vorname | Geburtsdatum | Name/Vorname der Eltern (bei Minderjährigen) |
| Mobile | Telefon Privat | Telefon Geschäft | E-Mail |
| Strasse/Nummer | PLZ/Ort | Land | Nationalität/Heimatort |
| AHV-Nr. | Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich | Sprache <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E | |
| AUFENTHALTSART | <input type="checkbox"/> ambulant | <input type="checkbox"/> stationär: Formular «Anmeldung elektiver Eingriff» ausfüllen | |

VERSICHERUNG

| | | |
|-----------------------|-----------------------|---------------------------------|
| Grundversicherung KVG | Policen-/Kundennummer | VEKA-/Kartennummer (20 Stellen) |
| Grundversicherung IV | Sektion | Versichertennummer |

Achtung: IV nur möglich, wenn Geburtsgebrechen

EINGRIFFSDATUM

ANGABEN ZUM EINGRIFF

Katarakt

- Katarakt links rechts bds.
- ohne Anästhesie
- mit Anästhesie: Formular Anmeldung Anästhesiesprechstunde ausfüllen

Speziallinsen

- AR40 AMO AR40e Sensar li/re
- HOYA 254 li/re
- HOYA 255 iSert Preloaded li/re
- Vivinex HYXY1 - SP li/re
- Vivinex HYXC1 - SP li/re
- HOYA XY1 li/re
- HOYA XC1 li/re
- ZCB J&J Tecnis OptiBlue ZV li/re
- Lentis Comfort LS-313 MF 15 li/re
- Andere: _____

Katarakt

- | | | |
|-------------|--------------------------------|--------------------------------|
| ICD Code 10 | <input type="checkbox"/> H25.1 | <input type="checkbox"/> _____ |
| CHOP | <input type="checkbox"/> 13.41 | <input type="checkbox"/> 13.71 |

IVT

- IVT Lucentis links rechts bds.
- IVT Eylea links rechts bds.

Angaben zur Kostengutschrift (IVT)

Kostengutschrift liegt vor für:

Anzahl an Behandlungen/Spritzen: _____

Bis zum (Enddatum der KOGU angeben): _____

IVT

- H35.3
- 14.91

| | |
|-------|------------------|
| Datum | Zuweisender Arzt |
| _____ | _____ |

SENDEN