

**AUGENAZTZENTRUM ZÜRICH AG**  
Limmatquai 94, CH-8001 Zürich, Switzerland  
Dr. med. M. Kus  
+41 44 257 10 74  
[info@augenarztzentrum.ch](mailto:info@augenarztzentrum.ch)  
[www.augenarztzentrum.ch](http://www.augenarztzentrum.ch)



Anmeldung zur ophthalmologischen Kontrolle  
(durch ärztliches Fachpersonal)

Patientendaten:

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Strasse/Nr. \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_  
Krankenkasse/Versicherungsnr./Sektion \_\_\_\_\_  
Hausarzt \_\_\_\_\_

Anamnese:

Fragestellung:

Bericht gewünscht / Fax-Nr. / HIN-Adresse:

Praxisstempel: