



Formular

Auftrag zur verkehrsmedizinischen Untersuchung Sehvermögen

Nachfolgend aufgeführte Person wurde von Ihnen über die Indikation einer kostenpflichtigen Augenuntersuchung mit entsprechender Verrechnung durch Sie informiert. Eine schriftliche Einverständniserklärung zu diesem Vorgehen sowie zum Weiterleiten der persönlichen Daten an das IRM-UZH wird durch Sie sichergestellt. Nach Abschluss der Untersuchung erhalten Sie von uns einen detaillierten Befundbericht sowie eine Abschlussrechnung über die von uns erbrachten Leistungen.

Es ist festzuhalten, dass die abschliessende Beurteilung der Fahreignung durch Sie und nicht durch das IRM-UZH erfolgen wird.

Mit Ihrer Unterschrift erteilen Sie uns den entsprechenden Auftrag und erklären sich mit dem Obgenannten einverstanden. Die Schlussrechnung wird an die Adresse gemäss Stempel/Unterschrift Arzt/Ärztin gesendet. Abweichungen müssen an vmfakturierung@irm.uzh.ch mitgeteilt oder entsprechend auf diesem Formular vermerkt werden.

Bitte ausfüllen			
Familienname			
Vorname			
Strasse			
PLZ/Ort			
Geburtsdatum/Geschlecht		<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w
Telefonnummer			
E-Mail-Adresse			
Gewünschter Untersuchungsort (wird nach Möglichkeit berücksichtigt)	<input type="checkbox"/> Zürich*	<input type="checkbox"/> Winterthur	<input type="checkbox"/> Luzern

1. Ophthalmologische Diagnose/n (falls bekannt)

2. Konkrete Fragestellung

3. Gewünschte Untersuchungen

- Fernvisus
- Gesichtsfeld
 - Manuelle, kinetische Perimetrie, Goldmann (Aussengrenze), *Untersuchung ausschliesslich in Zürich
 - Automatische, kinetische Perimetrie, Centerfield (Aussengrenze)
 - Automatische, statische Perimetrie, Centerfield (Zentrum 35°)
- Dämmerungssehen/Blendempfindlichkeit (Binoptometer)

4. Bemerkungen

.....

.....

.....

Datum _____ Stempel/Unterschrift Arzt/Ärztin _____