

Patientenetikette oder Name, Vorname, Geburtsdatum

**Zuweisung an einen Augenfacharzt**

**Bitte bei der Anmeldung unbedingt  
„Untersuchung bei Diabetes“  
angeben !!**

Überweisungsdatum:

Diabetes Typ O I / O II seit:

Retinopathie bekannt seit:

letzter HbA1c:

Therapie: O Diät

O oral:

O Insulin:

**Hypertonie s . . . . O unbehandelt**

**O behandelt mit:**

**Befund**

	Rechtes Auge		Linkes Auge
<b>Visus:</b>			
<b>Tension:</b>			
<b>Vorderabschnitte:</b>			
	O Katarakt	O beginn. O dicht O Z.n.Op	O Katarakt
	O Rubeosis Iridis		O Rubeosis Iridis
	O Sekundärglaukom		O Sekundärglaukom
<b>Fundi:</b>	O keine Retinopathie		O keine Retinopathie
	O milde (nur MA)		O milde (nur MA)
	O nichtprolif. Retinopathie	O mäßige	O nichtprolif. Retinopathie
	O schwere (4-2-1 Regel)		O schwere (4-2-1 Regel)
	O prolif.Retinopathie		O prolif.Retinopathie
	O Z.n.panret.Laser		O Z.n.panret.Laser
	O Glaskörperblutung		O Glaskörperblutung
		O peripher	O peripher
	O Traktionsamotio	O zentral	O Traktionsamotio
		O total	O total
	O Z.n.Vitrektomie		O Z.n.Vitrektomie
	O Optikusneuropathie		O Optikusneuropathie
	O Makulopathie	O keine O milde O mässige O schwere O O Z.n.Laser	O Makulopathie
			O keine O milde O mässige O schwere O O Z.n.Laser
<b>Therapieindikation:</b>			
	O fokale/gitterförmige Laserkoag.		O fokale/gitterförmige Laserkoag.
	O panretinale Laserkoagulation		O panretinale Laserkoagulation
	O Vitrektomie		O Vitrektomie
	O Katarakt-OP		O Katarakt-OP
<b>Kontrolle:</b>	O 3 Mon	O 6 Mon	O 12 Mon
			O 24 Mon

Datum: Stempel + Unterschrift: