



Diagnostik-Anmeldung

Vorname, Name:		Termin:
Geburtsdatum:		
Adresse:		
Telefon-Nr.:		

Anamnese:

Fragestellung / Auftrag:

Schwangerschaft:	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Allergien bekannt:	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
- wenn ja, welche:				
Klinische Beurteilung erwünscht?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Aufgebot in Sprechstunde erwünscht?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein

Bemerkungen:

Datum:	Unterschrift / Stempel:
---------------	--------------------------------



Zusatzuntersuchungen

		OD	OS	OU				OD	OS	OU				OD	OS	OU	
Autorefraktor					Pentacam					Ishihara							
Airtonometer					Endothelzellkamera					Saturé							
Pachymetrie					Flaremeter					Desaturé							
Scheitelbrechwertmesser					Schirmer-Test					BUT							
Mydriase					Meibografie												
OCT Spectralis	Makula				Befund / Bereich					Biometrie	Phakie						
	RNFL										Pseudophakie						
	BMO										Aphakie						
	P.Pole H										Zielrefraktion	OD		OS			
	Sonstiges																
VA-OCT Spectralis	Cornea				Befund / Bereich					Gesichtsfeld Octopus	G2						
	Sklera										M2						
	Kammerwinkel										N1						
	Sonstiges										Sonstiges						
											Estermann						
OCT Cirrus	Makula				Befund / Bereich					Fundusfoto	WF (1 Bild zentral)						
	Optic Disc										UWF (2 Bilder)						
	21 Line HD										AutoMontage						
	Angiografie 12x12										Sonstiges						
	Angiografie HD 8x8																
	Angiografie 6x6																
	Sonstiges																
Befund / Bereich									Fluo	Heidelberg	30° (M+P)						
											Weitwinkel						
											Beginn						
										Mit ICG ja							
										Clarus							
Kann vor der Sprechstunde durchgeführt werden					ja	nein	Beginn										
Befund / Bereich					Foto	Übersichtsfoto Digitalkamera											
						Spaltlampenfoto											
						Vergrößerung	6	10	16	25	40						
						Beleuchtung (1-12)											