

Krankenkasse bzw. Kostenträger		Angaben zum Diabetes: Diabetestyp: <input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2 <input type="checkbox"/> sonst. Diabetes seit: ____ (Jahr) HbA _{1c} : _____ % Therapie: <input type="checkbox"/> Diät <input type="checkbox"/> orale AD <input type="checkbox"/> Insulin seit: _____ (Jahr) <input type="checkbox"/> Diab. Retinopathie seit: _____ (Jahr) <input type="checkbox"/> Mikroalbuminurie <input type="checkbox"/> Hypertonie <input type="checkbox"/> HLP		Augenärztliche Untersuchungsmethode: <input type="checkbox"/> Binokular in Mydrisis <input type="checkbox"/> Fluoreszenzangiographie <input type="checkbox"/> Sonst.: _____ Untersuchungsdatum: _____	
Name, Vorname des Versicherten					
Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status					
Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum					
		geb. am			
Ergebnis der augenärztlichen Untersuchung:					
		rechtes Auge		linkes Auge	
Visus	Best-korrigierter Visus	_____		_____	
Fundus	Augenhintergrund einsehbar	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Diagnose	Diabetische Retinopathie	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
	nicht proliferativ	wenn Ja		wenn Ja	
	mild	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	mäßig	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	schwer	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	proliferativ	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	Klinisch signifikantes diab. Makulaödem	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
	Rubeosis iridis	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
	Sonstige Diagnosen (R / L):	_____			
Therapie	Lasert / Photokoagulation	<input type="checkbox"/> bereits <input type="checkbox"/> einge-		<input type="checkbox"/> bereits <input type="checkbox"/> einge-	
	Kryotherapie	<input type="checkbox"/> erfolgt <input type="checkbox"/> leitet		<input type="checkbox"/> erfolgt <input type="checkbox"/> leitet	
	Vitrektomie	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	Medikamente: _____				
Bemerkung	_____				
Kontrolle	Die nächste Kontrolluntersuchung ist in _____ Monaten erforderlich.				
		überweisender Arzt (Stempel/Unterschrift)			
		Augenarztstempel/Unterschrift			

Krankenkasse bzw. Kostenträger		Angaben zum Diabetes: Diabetestyp: <input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2 <input type="checkbox"/> sonst. Diabetes seit: ____ (Jahr) HbA _{1c} : _____ % Therapie: <input type="checkbox"/> Diät <input type="checkbox"/> orale AD <input type="checkbox"/> Insulin seit: _____ (Jahr) <input type="checkbox"/> Diab. Retinopathie seit: _____ (Jahr) <input type="checkbox"/> Mikroalbuminurie <input type="checkbox"/> Hypertonie <input type="checkbox"/> HLP		Augenärztliche Untersuchungsmethode: <input type="checkbox"/> Binokular in Mydrisis <input type="checkbox"/> Fluoreszenzangiographie <input type="checkbox"/> Sonst.: _____ Untersuchungsdatum: _____	
Name, Vorname des Versicherten					
Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status					
Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum					
		geb. am			
Ergebnis der augenärztlichen Untersuchung:					
		rechtes Auge		linkes Auge	
Visus	Best-korrigierter Visus	_____		_____	
Fundus	Augenhintergrund einsehbar	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Diagnose	Diabetische Retinopathie	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
	nicht proliferativ	wenn Ja		wenn Ja	
	mild	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	mäßig	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	schwer	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	proliferativ	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	Klinisch signifikantes diab. Makulaödem	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
	Rubeosis iridis	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
	Sonstige Diagnosen (R / L):	_____			
Therapie	Lasert / Photokoagulation	<input type="checkbox"/> bereits <input type="checkbox"/> einge-		<input type="checkbox"/> bereits <input type="checkbox"/> einge-	
	Kryotherapie	<input type="checkbox"/> erfolgt <input type="checkbox"/> leitet		<input type="checkbox"/> erfolgt <input type="checkbox"/> leitet	
	Vitrektomie	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	Medikamente: _____				
Bemerkung	_____				
Kontrolle	Die nächste Kontrolluntersuchung ist in _____ Monaten erforderlich.				
		überweisender Arzt (Stempel/Unterschrift)			
		Augenarztstempel/Unterschrift			