

| | | | | |
|---|---|--|--|---|
| 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 Mydriasis <input type="checkbox"/> Fluoreszenzangiographie <input type="checkbox"/> Sonst.: _____ Untersuchungsdatum: _____ |
| Name, Vorname des Versicherten | | | | |
| geb. am | | | | |
| Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | | | |
| Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum | | |
| 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"/> Nein | |
| | 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 Mydriasis <input type="checkbox"/> Fluoreszenzangiographie <input type="checkbox"/> Sonst.: _____ Untersuchungsdatum: _____ |
| Name, Vorname des Versicherten | | | | |
| geb. am | | | | |
| Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | | | |
| Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum | | |
| 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"/> Nein | |
| | 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