

Patientenanmeldung Diagnostik

Name Patient **Anschrift**

Geb. Datum **Telefon**

Krankenkasse **Krankenkassen-Nummer**

Diagnose

Fragestellung

Fernvisus **OD:** _____ **cc:** _____ = _____ / _____ °
 OS: _____ **cc:** _____ = _____ / _____ °

Gesichtsfeld OD OS Programm: G2 Standard N1 M2
 OL hochkleben ja nein BT LVC 07 32

Biometrie Ferne - Nähe

Endothelfoto

OCT Standard (Macula/RNFL) - Papille BMO - Feinschicht zentral / peripher - Vorderabschnitt

Fundusfoto Macula - Papille - hinterer Pol - Peripherie

Autofluoreszenz - Infrarot - Rotfrei

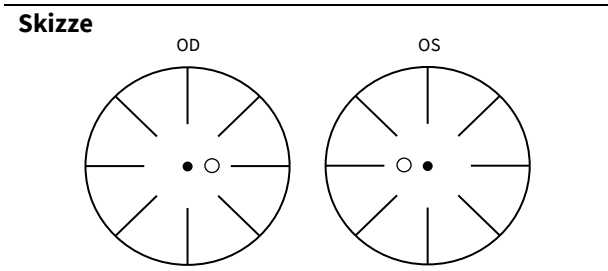
Fluoreszenzangiographie

Frühphase

OD OS

ICG-Angiographie zusätzlich

Nieren-, Leberleiden, Allergien, Medikamenten-Unverträglichkeit, wichtige Allgemeinleiden, frühere Fluoreszenzangiographien:



Diagnostik erwünscht bis min.: **max.:**
 Wenn < als 1 Woche, Mobil-/G-Tel. des Patienten:

Gewünschte Beurteilung: Nur Untersuchungsergebnis
 Untersuchung inkl. Sprechstunde

Bemerkungen:

Datum: _____ Zuweiser (Stempel/Unterschrift): _____