

## Patientenanmeldung Diagnostik

<b>Name Patient</b>	<b>Anschrift</b>
<b>Geb. Datum</b>	<b>Telefon</b>
<b>Krankenkasse</b>	<b>Krankenkassen-Nummer</b>
<b>Diagnose</b>	

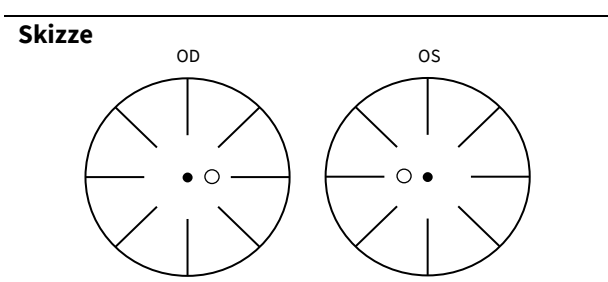
**Fragestellung**

**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): \_\_\_\_\_