

Patientennummer oder Name, Vorname, Geburtsdatum

Zuweisung an einen Augenfacharzt

**Bitte bei der Anmeldung unbedingt
„Untersuchung bei Diabetes“
angeben !!**

Überweisungsdatum:

Diabetes Typ O I / O II seit:

Therapie: Diät

Retinopathie bekannt seit:

 oral:

letzter HbA1c:

 Insulin:**Hypertonie s • • •** **unbehandelt** **behandelt mit:****Befund****Rechtes Auge****Linkes Auge****Visus:****Tension:****Vorderabschnitte:**

Katarakt beginn.
 Rubeosis Iridis dicht
 Sekundärglaukom Z.n.Op

Katarakt beginn.
 Rubeosis Iridis dicht
 Sekundärglaukom Z.n.Op

Fundi: keine Retinopathie mäßige
 milde (nur MA) schwere (4-2-1 Regel)
 nichtprolif. Retinopathie prolifer. Retinopathie
 Traktionsamotio Z.n.panret.Laser
 Glaskörperblutung peripher
 Vitrektomie zentral
 Optikusneuropathie total
 Makulopathie ~

keine Retinopathie mäßige
 milde (nur MA) schwere (4-2-1 Regel)
 nichtprolif. Retinopathie prolifer. Retinopathie
 Traktionsamotio Z.n.panret.Laser
 Glaskörperblutung peripher
 Vitrektomie zentral
 Optikusneuropathie total

keine mäßige
 milde schwere
 mäßige ~
 schwere O
 O Z.n.Laser

Therapieindikation:

fokale/gitterförmige Laserkoag.
 panretinale Laserkoagulation
 Vitrektomie
 Katarakt-OP

fokale/gitterförmige Laserkoag.
 panretinale Laserkoagulation
 Vitrektomie
 Katarakt-OP

Kontrolle: 3 Mon 6 Mon 12 Mon 24 Mon

Datum:

Stempel + Unterschrift: