



Bitte ausgefüllt zurücksenden

AUGENFACHÄRZTLICHER UNTERSUCHUNGSBOGEN

Der Augenarzt wird gebeten Zutreffendes auf dem Bogen anzukreuzen.
Der Augenhintergrund sollte bei erweiterter Pupille untersucht werden.

Patient: _____ **geb.:** _____

Diabetesdauer: seit: _____ HbA_{1c}: _____ %, Hypertonie: ja nein

rechtes Auge

linkes Auge

Bester korrigierter Fernvisus
Augeninnendruck (mmHg)

Vorderabschnitte:

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ➤ visusrelevante Katarakt oder Nachtstar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Kunstlinse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Rubeosis iridis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Fundus:

- | | | |
|--|--------------------------------|--------------------------------|
| ➤ Mikroaneurysmen (Quadrantenzahl angeben) | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| ➤ intraretinale Blutungen (Quadrantenzahl angeben) | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| ➤ Perlschnurartige Venenveränderungen (Quadrantenzahl angeben) | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| ➤ intraretinale mikrovasculäre Abnormitäten (Quadrantenzahl angeben) | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| ➤ harte Exsudate | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ weiche Exsudate (Cotton wool herde) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Gefäßneubildungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Traktionsamotio ohne Makulabeteiligung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Traktionsamotio mit Makulabeteiligung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Glaskörpereinblutung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Retinopathiestadium:

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ➤ keine diabetische Retinopathie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ milde diabetische Retinopathie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ mäßige diabetische Retinopathie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ schwere nichtproliferative diabetische Retinopathie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ proliferative diabetische Retinopathie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ klinisch signifikantes diabetisches Makulaödem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Procedere:

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ➤ Fluoreszenzangiographie (bei diabetischem Makulaödem) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ panretinale Laserkoagulation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Kryokoagulation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ fokale Laserkoagulation am hinteren Augenpol | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Vitrektomie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Weitere augenärztliche Diagnosen: _____

Kontrolluntersuchung in _____ Monaten

Untersuchungsdatum am _____ **Unterschrift und Stempel des Augenarztes** _____