

Auftrag Angiografie des Auges

Diese Anmeldung ist durch den Arzt auszufüllen.

Datum/Visum Arzt: _____ Betroffene Sprechstunde: _____ Durchführen bis: _____ Tage _____ Wochen _____ Monate evtl. noch Heute <input type="checkbox"/>	Patienten -Identifikation Patienten-Kleber (Printer- Etikette)
--	---

Klinische Diagnose: _____ symptomatisch seit (Dauer): _____

Genauere Fragestellung: _____

Visus (FV) OD: _____ OS: _____ Allergien? JA, folgende _____ NEIN

Falls Lasertherapie indiziert, Durchführung an der Augenklinik? JA NEIN

Schema wählen	<input type="checkbox"/> AMD/CNV Fluo		<input type="checkbox"/> Gefäß-verschluss		<input type="checkbox"/> Diabetes		<input type="checkbox"/> AMD/CNV Fluo / ICG		<input type="checkbox"/> Uveitis Fluo / ICG		<input type="checkbox"/> TU Fluo / ICG		<input type="checkbox"/> Individuell	
	OD	OS	OD	OS	OD	OS	OD	OS	OD	OS	OD	OS	OD	OS
Seite (gew. Seite angeben)														
Winkel	55		55		55		55		55		55		35	55
Fundus- Farbe	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rotfrei	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IR	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autofluo	-	-	-	-	-	-	✓	✓	✓	✓	-	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fluo Füllung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fluo mittel/spät	✓ +35	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fluo ultraspat 20min(RCS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fluo Pano (WW105)	-	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	✓	✓	-	-	✓	✓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ICG Füllung	-	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> +35	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ICG spät	-	-	-	-	-	-	✓ +35	✓	✓	✓	✓	✓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ICG Pano > 8 min.	-	-	-	-	-	-	-	-	✓	✓	-	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ICG Pano > 30 min.	-	-	-	-	-	-	-	-	✓	✓	-	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anweisungen zur Durchführung siehe Rückseite <input type="checkbox"/>	SEK Augenklinik Termin(e) geplant am: _____ D1 (-2Tg) D2 (-5Tg) D3 (2-4Wo) D4 (2-3Mt)
--	--

Fluoreszenzangiografie vom (Datum) _____

Beurteilung: _____

Procedere: _____

Klinisch Kontrolle / Besprechung bei zuweisendem Arzt/Ärztin (bitte Aufbieten)
 Klinisch Kontrolle an der Augenklinik: _____
 Macula Sprechstunde
 Aufgebot für LK in der Augenklinik in: _____ LK durch: _____

Visum _____ Unterschrift _____

Bericht senden? NEIN JA, versandt durch: _____ Datum: _____