

PERSONALIEN PATIENT / PATIENTENETIKETTE

Name _____ Adresse _____
 Vorname _____ Telefon _____
 Mann Frau Krankenkasse _____ Hausarztmodell
 Geburtsdatum _____

ANGABEN ALLGEMEINMEDIZINER / HAUSARZT / DIABETOLOGE

- Erstüberweisung Informationen zum Verlauf

Überweisungsgrund

Diabetes Typ: _____ Datum Erstdiagnose: _____

Behandlung orale Antidiabetika Insulin, seit: _____ andere: _____

Befunde HbA1c: _____ % Blutdruck: _____

Visusabfall kein subjektiv objektiv

Begleitdiagnosen Hypertonie Dyslipidämie KHK/PAVK/CVI
 bestehende Endorganschäden: _____
 weitere: _____

Bemerkungen/Änderungen seit letzter Visite? _____

- Bitte bieten Sie die/den PatientIn für eine augenärztliche Kontrolluntersuchung auf.

Name Arzt _____
 Datum _____

Unterschrift Arzt

ANGABEN OPHTHALMOLOGE

- Erste augenärztliche Kontrolle Folgekontrolle, Informationen zum Verlauf

Befund/Diagnose

- keine diabetische Retinopathie
 leichte bis mittelschwere Retinopathie
 schwere nicht proliferative Retinopathie
 proliferative diabetische Retinopathie
 diabetisches Makulaödem

Visus (korrigiert):

Visus (korrigiert) bei letzter Kontrolle:

Druck (Norm 10–21 mmHg):

Weiteres Vorgehen

Therapie

	R	L
<input type="checkbox"/> klinische Kontrollen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> anti-VEGF Injektionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Steroide intravitreal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Laserbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> chirurgische Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kontrollintervall 3 Monate 6 Monate 12 Monate

Patient hat Termin bei uns am: _____

Patient wurde weiter überwiesen an (Hausarztmodell: zurück an Hausarzt): _____

Bitte um Kontaktaufnahme: _____

Patient/in hat sich nicht gemeldet oder ist nicht zum Termin erschienen. Bitte nehmen Sie Kontakt mit ihm/ihr auf.

Bemerkungen/Änderungen seit letzter Visite? _____

Name Arzt _____
 Datum _____

Unterschrift Arzt