

Krankenkasse bzw. Kostenträger			Angaben zum Diabetes:				Augenärztliche Untersuchungsmethode:	
Name, Vorname des Versicherten geb. am			Diabetestyp: <input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2 <input type="checkbox"/> sonst.	Diabetes seit: _____ (Jahr) HbA _{1c} : _____ %	<input type="checkbox"/> Binokular in Mydriasis <input type="checkbox"/> Fluoreszenzangiographie <input type="checkbox"/> Sonst.: _____			
			Therapie: <input type="checkbox"/> Diät <input type="checkbox"/> orale AD <input type="checkbox"/> Insulin seit: _____ (Jahr)					
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status						
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum						
Ergebnis der augenärztlichen Untersuchung:			rechtes Auge		linkes Auge		Untersuchungsdatum: _____	
Visus Fundus	Best-korrigierter Visus Augenhintergrund einsehbar		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja			<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Diagnose	Diabetische Retinopathie nicht proliferativ mild <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> schwer <input type="checkbox"/> proliferativ Klinisch signifikantes diab. Makulaödem <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Rubeosis iridis <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein wenn Ja <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Nein wenn Ja <input type="checkbox"/>		
	Sonstige Diagnosen (R / L): _____							
Therapie	Laser / Photokoagulation Kryotherapie Vitrektomie Medikamente: _____		<input type="checkbox"/> bereits <input type="checkbox"/> einge- <input type="checkbox"/> erfolgt <input type="checkbox"/> leitet			<input type="checkbox"/> bereits <input type="checkbox"/> einge- <input type="checkbox"/> erfolgt <input type="checkbox"/> leitet		
Bemerkung								
Kontrolle	Die nächste Kontrolluntersuchung ist in _____ Monaten erforderlich.							
überweisender Arzt (Stempel/Unterschrift)								
Augenarztstempel/Unterschrift								

Krankenkasse bzw. Kostenträger			Angaben zum Diabetes:				Augenärztliche Untersuchungsmethode:	
Name, Vorname des Versicherten geb. am			Diabetestyp: <input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2 <input type="checkbox"/> sonst.	Diabetes seit: _____ (Jahr) HbA _{1c} : _____ %	<input type="checkbox"/> Binokular in Mydriasis <input type="checkbox"/> Fluoreszenzangiographie <input type="checkbox"/> Sonst.: _____			
			Therapie: <input type="checkbox"/> Diät <input type="checkbox"/> orale AD <input type="checkbox"/> Insulin seit: _____ (Jahr)					
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status						
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum						
Ergebnis der augenärztlichen Untersuchung:			rechtes Auge		linkes Auge		Untersuchungsdatum: _____	
Visus Fundus	Best-korrigierter Visus Augenhintergrund einsehbar		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja			<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Diagnose	Diabetische Retinopathie nicht proliferativ mild <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> schwer <input type="checkbox"/> proliferativ Klinisch signifikantes diab. Makulaödem <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Rubeosis iridis <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein wenn Ja <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Nein wenn Ja <input type="checkbox"/>		
	Sonstige Diagnosen (R / L): _____							
Therapie	Laser / Photokoagulation Kryotherapie Vitrektomie Medikamente: _____		<input type="checkbox"/> bereits <input type="checkbox"/> einge- <input type="checkbox"/> erfolgt <input type="checkbox"/> leitet			<input type="checkbox"/> bereits <input type="checkbox"/> einge- <input type="checkbox"/> erfolgt <input type="checkbox"/> leitet		
Bemerkung								
Kontrolle	Die nächste Kontrolluntersuchung ist in _____ Monaten erforderlich.							
überweisender Arzt (Stempel/Unterschrift)								
Augenarztstempel/Unterschrift								