

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

überweisender Arzt (Stempel/Unterschrift)

Augenarztstempel/Unterschrift

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

überweisender Arzt (Stempel/Unterschrift)

Augenarztstempel/Unterschrift