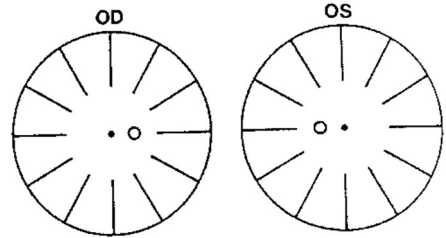


Diagnose:	Patient Name, Vorname:
Fragestellung:	Geburtsdatum:
	Anschrift:
Auftraggeber:	Handynummer:
Datum:	E-Mail:

<input type="checkbox"/> Bds	<input type="checkbox"/> OD	<input type="checkbox"/> OS	<input type="checkbox"/> Mydriase	<input type="checkbox"/> Miose
<input type="checkbox"/> OCT Spectralis	<input type="checkbox"/> OCT Cirrus	<input type="checkbox"/> OCT Angio Plex Elite		
<input type="checkbox"/> Macula	<input type="checkbox"/> Angio	<input type="checkbox"/> Glaukom-Schema	<input type="checkbox"/> Macula (3x3 + 6x6 mm)	
<input type="checkbox"/> Papille	<input type="checkbox"/> Autofluo	<input type="checkbox"/> Macula	<input type="checkbox"/> Angio	<input type="checkbox"/> Macula + Papille (9x15 mm)
<input type="checkbox"/> EDI (markierte Läsion)	<input type="checkbox"/> Papille	<input type="checkbox"/> Angio	<input type="checkbox"/> Angio	<input type="checkbox"/> Montage (Wide Field)

<input type="checkbox"/> Clarus / Fundusfoto (Mydriase)	<input type="checkbox"/> Bds	<input type="checkbox"/> OD	<input type="checkbox"/> OS
<input type="checkbox"/> Uebersicht (Macula + Papille)			
<input type="checkbox"/> Montage (Wide Field)			
<input type="checkbox"/> Autofluo			
<input type="checkbox"/> Optomap (Mydriase)	<input type="checkbox"/> zentral	<input type="checkbox"/> peripher	<input type="checkbox"/> Autofluo

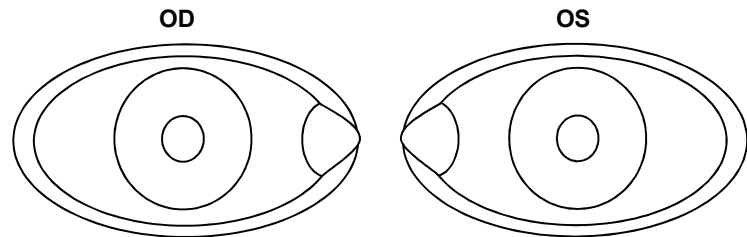


Kommentar:

<input type="checkbox"/> Fluoreszenzangiographie	<input type="checkbox"/> ICG- Angiographie
<i>(inkl. Visus / Mydr., Fd. Foto / Clarus und OCT, IR/AF/RF)</i>	
<u>Frühphase (zwingend ankreuzen):</u>	
<input type="checkbox"/> OD	<input type="checkbox"/> OS
<input type="checkbox"/> zentral 30°	<input type="checkbox"/> zentral 50°
<input type="checkbox"/> Peripherie 50° (9 Richtungen)	<input type="checkbox"/> Läsion
<input type="checkbox"/> Nieren-, Leberleiden, Allergien, Medikam.-Unverträglichkeit,	<input type="checkbox"/> UWV Objektiv 102° (Ultra Wide Field)
<input type="checkbox"/> wichtige Allgemeinleiden:	
<input type="checkbox"/> Frühere Fluo-Angiographie, Wirkung:	

Kommentar:

<input type="checkbox"/> äussere Fotografie	<input type="checkbox"/> Spaltlampe	<input type="checkbox"/> Bds	<input type="checkbox"/> OD	<input type="checkbox"/> OS
<input type="checkbox"/> Portrait / Kopf	<input type="checkbox"/> Bindehaut, Sklera			
<input type="checkbox"/> beide Augen	<input type="checkbox"/> Hornhaut	<input type="checkbox"/> mit Fluo		
<input type="checkbox"/> Auge rechts	<input type="checkbox"/> Iris			
<input type="checkbox"/> Auge links	<input type="checkbox"/> Linse			
<input type="checkbox"/> Auge seitlich	<input type="checkbox"/> Extras			
<input type="checkbox"/> Auge schräg (45°)				
<input type="checkbox"/> 9 Blickrichtungen				



Kommentar:

Diagnostik erwünscht bis min.:	max.:	Termin am:
--------------------------------	-------	------------

Bemerkungen: