

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Anlage 14
zum Vertrag zur Durchführung des strukturierten
Behandlungsprogramms Diabetes mellitus Typ-1
nach § 83 i. V. m. § 137 f SGB V

Augenärztlicher Untersuchungsbogen

Der Augenarzt wird gebeten, Zutreffendes auf dem Bogen anzukreuzen und diesen an den Überweiser zu übermitteln. Der Augenhintergrund sollte bei erweiterter Pupille untersucht werden.

Patientenname: _____

Geburtsdatum: _____ Diabetesdauer: _____ Jahre Untersuchungsdatum: _____

	<u>rechtes Auge</u>	<u>linkes Auge</u>
Fundus:		
– Mikroaneurysmen (Quadrantenzahl angeben)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
– intraretinale Blutungen (Quadrantenzahl angeben)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
– perlschnurartige Venenveränderungen (Quadrantenzahl angeben)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
– intraretinale mikrovaskuläre Abnormitäten (Quadrantenzahl angeben)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
– harte Exsudate	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
– weiche Exsudate	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
– Gefäßneubildungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
– Traktionsamotio ohne Makulabeteiligung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
– Traktionsamotio mit Makulabeteiligung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
– Glaskörpereinblutung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Retinopathiestadium:		
– keine diabetische Retinopathie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
– milde oder mäßige diabetische Retinopathie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
– schwere nichtproliferative diabetische Retinopathie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
– proliferative diabetische Retinopathie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
– klinisch signifikantes diabetisches Makulaödem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Procedere:		
– Fluoreszenzangiographie (bei diabetischem Makulaödem)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
– panretinale Laserkoagulation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
– Kryokoagulation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
– fokale Laserkoagulation am hinteren Augenpol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
– Vitrektomie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Weitere augenärztliche Diagnosen:

Vertragsarztstempel

Kontrolluntersuchung in _____ Monaten

_____ Datum/Unterschrift des Augenarztes