

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

Anlage 12

zum Vertrag zur Durchführung des strukturier-
ten Behandlungsprogramms Diabetes mellitus
Typ 2 nach § 83 i. V. m. § 137f 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:** _____

Fundus:	<u>rechtes Auge</u>	<u>linkes Auge</u>
- Mikroaneurysmen (Quadrantenanzahl angeben)	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
- intraretinale Blutungen (Quadrantenanzahl angeben)	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
- perlschnurartige Venenveränderungen (Quadrantenanzahl angeben)	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
- intraretinale mikrovaskuläre Abnormitäten (Quadrantenanzahl angeben)	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
- harte Exsudate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- weiche Exsudate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Gefäßneubildungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Traktionsamotio ohne Makulabeteiligung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Traktionsamotio mit Makulabeteiligung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Glaskörpereinblutung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Zustand nach Laserkoagulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retinopathiestadium:		
- keine diabetische Retinopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- milde oder mäßige diabetische Retinopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- schwere nichtproliferative diabetische Retinopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- proliferative diabetische Retinopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- klinisch signifikantes diabetisches Makulaödem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Procedere:		
- Fluoreszenzangiographie (bei diabetischem Makulaödem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- panretinale Laserkoagulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Kryokoagulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- fokale Laserkoagulation am hinteren Augenpol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vitrektomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zustand im Vergleich zur Voruntersuchung im Rahmen des DMP	<input type="checkbox"/> gleich	<input type="checkbox"/> besser
		<input type="checkbox"/> schlechter

Weitere augenärztliche Diagnosen:

Vertragsarztstempel

Kontrolluntersuchung in _____ Monaten

Datum/Unterschrift des Augenarztes