

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 strukturierten 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: _____

	<u>rechtes Auge</u>	<u>linkes Auge</u>
Fundus:		
– Mikroaneurysmen (Quadrantenzahl angeben)	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
– intraretinale Blutungen (Quadrantenzahl angeben)	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
– perlschnurartige Venenveränderungen (Quadrantenzahl angeben)	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
– intraretinale mikrovaskuläre Abnormitäten (Quadrantenzahl 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