

Anmeldung zur Fluoreszenzangiographie

Patientendaten:

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ Nr.: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____

Mobil: _____ E-Mail: _____

Diagnose: _____

Anamnese: _____

Fragestellung: _____

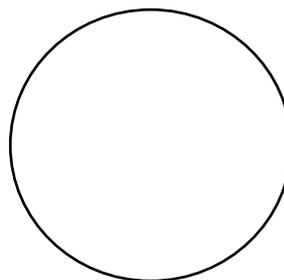
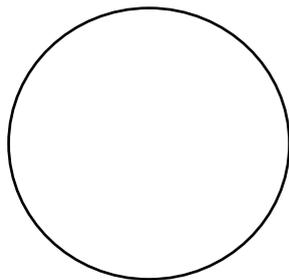
Visus:

rechts:

links:

R

L



Untersuchungsauftrag

Angiographie

Fluoreszenzangiographie/ OCT

Beginn rechts

Beginn links

Hinterer Pol

Panorama

Indocyanin- Grün-Angiographie

Ja

Nein

Angio- OCT

Ja

Nein

Einnahme von Betablockern

Ja

Nein

Schwangerschaft

Ja

Nein

Konsultation erwünscht

Ja

Nein

Direkt für Therapie anbieten, falls indiziert

Ja

Nein

Datum:

Stempel und Unterschrift: