

## Anmeldung zur Fluoreszenzangiographie

### Patientendaten:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Diagnose: \_\_\_\_\_

Anamnese: \_\_\_\_\_

Fragestellung: \_\_\_\_\_

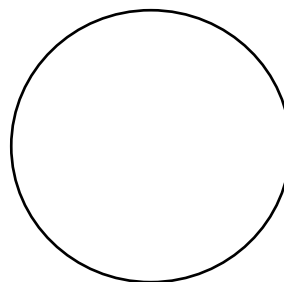
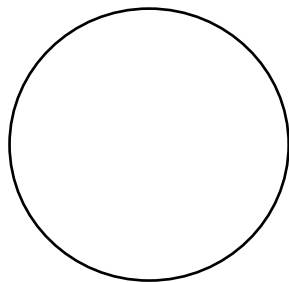
Visus:

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: