

## Anmeldung für augenärztliche Untersuchung bei Diabetespatienten

### BITTE AUFBIETEN:

- Regulär (Normalerweise innerhalb 1 - 2 Monaten)
- Dringend (Innerhalb 1 Woche)
- Notfallmässig (Bitte tel. Voranmeldung, Direktwahl 044 201 66 45)
- Termin vereinbart auf: \_\_\_\_\_

### ANMELDUNG:

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

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

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

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

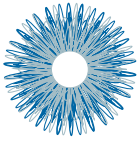
Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Diabetestyp:  Typ 1  Typ 2  Andere: \_\_\_\_\_

Hypertonie:  Ja  Nein  Behandelt  Unbehandelt

Nephropathie:  Ja  Nein

HbA1c-Wert: \_\_\_\_\_ Diabetesdauer: \_\_\_\_\_



**augenarzt-  
praxis  
stemmler**

**Dr. med. Jonas Stemmler**

Facharzt FMH für Augenkrankheiten  
Facharzt FMH für Augen Chirurgie  
F.E.B.O. Fellow European Board of  
Ophthalmology

**Augenarzt-Praxis Stemmler**

Adresse Kreuzplatz 1, 8032 Zürich  
Telefon +41 44 201 66 44  
Fax +41 44 201 66 53  
E-Mail praxis@stemmler.com  
Web www.stemmler.com

**DIAGNOSEN:**

---

**FRAGESTELLUNG:**

---

**MEDIKAMENTE:**

---

**LABOR:**

---

**BEMERKUNGEN:**

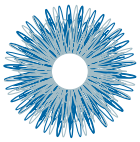
---

---

Datum

---

Stempel, Unterschrift



Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

Besten Dank für Ihre Zuweisung, ich habe folgende Befunde erhoben:

**PATIENT:**

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

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

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

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Konsultationsdatum: \_\_\_\_\_

**Bester korrigierter Fernvisus:**

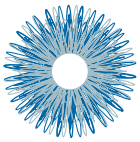
Auge links: \_\_\_\_\_ Auge rechts: \_\_\_\_\_

**Augenvorderabschnitte:**

Visusrelevante Katarakt oder Nachstar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunstlinse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rubeosis iridis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Retinopathiestadium:**

Keine diabetische Retinopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Milder oder mässige diabetische Retinopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwere nichtproliferative diabetische Retinopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Proliferative diabetische Retinopathie

Klinisch signifikantes diabetisches Makulaödem

**WEITERE AUGENÄRZTLICHE DIAGNOSEN:**

---

Links

Rechts

**Procedere:**

Panretinale Laserkoagulation

Fokale Laserkoagulation am hinteren Augenpol

Intravitrealer Medikamenteneingabe

Vitrektomie

Katarakt-Operation

**BEMERKUNGEN:**

---

Eine erneute Kontrolluntersuchung ist in \_\_\_\_\_ vorgesehen.

---

Datum

---

Stempel, Unterschrift