

UniversitätsSpital Zürich
Augenklinik
Bildgebende Diagnostik
Nord 2, A 800
Frauenklinikstrasse 24
8091 Zürich

Für Dokumentationen- und
Fluozuweisungen:
Tel. 044 255 48 83
E-Mail:
augenlinik.bd@usz.ch
Für Berichtsauskünfte:
Tel. 044 255 48 83

Termin	
Patient/in	

Anamnese			Befund (Skizze):
Diagnose			
Visus	OD	OS	
Fragestellung			

Dokumentation	Äusseres Auge	<input type="checkbox"/> OD	<input type="checkbox"/> OS
	Spalt	<input type="checkbox"/> OD	<input type="checkbox"/> OS
	Fundus	<input type="checkbox"/> bds	<input type="checkbox"/> Makula <input type="checkbox"/> Papille <input type="checkbox"/> Panorama
Angiografie	FLA	<input type="checkbox"/> bds	<input type="checkbox"/> Beginn rechts <input type="checkbox"/> Beginn links
	ICG		<input type="checkbox"/> Beginn rechts <input type="checkbox"/> Beginn links
	Patienteninformation über Fluoreszenzangiographie und/oder Indocyanin-Grün-Angiographie abgegeben		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Aufklärung über Fluoreszenzangiographie und/oder Indocyanin-Grün-Angiographie erfolgt		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Einnahmen vom Betablockern		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Schwangerschaft		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Laserverhandlung in der Augenklinik USZ erwünscht?
 Ja Nein

Behandlung in der Injektionssprechstunde erwünscht?
 Ja Nein

Behandlung in der chirurgischen Netzhautsprechstunde bzw. konservativen Netzhautsprechstunde erwünscht?
 Ja Nein

Betreuung durch Kaderarzt gewünscht?
 Wenn ja, bitte den Namen angeben: _____

E-Mail oder Kopie erwünscht an:

Datum:

Stempel/Unterschrift: