

Auftrag für die MT Diagnostik

Diese Anmeldung ist durch den Arzt auszufüllen.

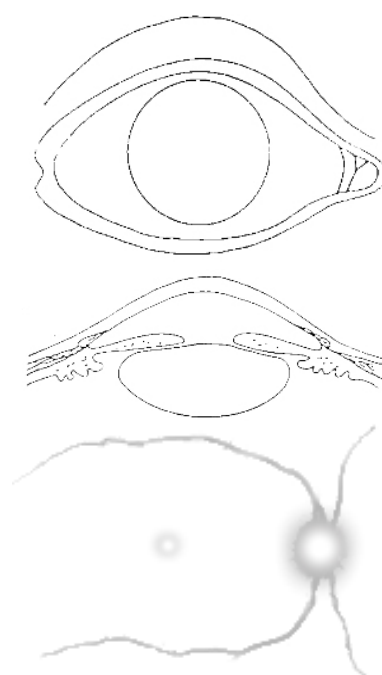
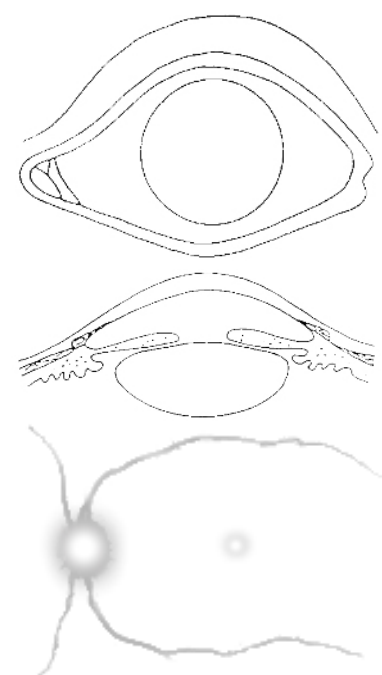
Datum/Visum Arzt: _____ Betroffene Sprechstunde: _____ Farbkopie drucken <input type="checkbox"/> Durchführen bis: _____ Tage _____ Wochen _____ Monate evtl. noch Heute <input type="checkbox"/>	Patienten -Identifikation Patienten-Kleber (Printer- Etikette)
---	--

Ko Ass & Ass Autoref (SEK) Visus / Refra Optometrist (nur VA) VR Optikerin (nur VA und Retina)

M = in Mydriase

	OD	OS		OD	OS
Hornhaut- Topografie & Pachymetrie					
Pentacam			White to White (ICL) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Precisio Surgical & pMetrics			Refraktiv <input type="checkbox"/> Therapeutisch <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Precisio REG. (Central Cornea Regularisation)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Precisio (diagnostic)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OCT Hornhaut - mehrere Parallelschnitte (VA-OCT)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endothelmikroskopie (ConfoScan)					
Endothel <input type="checkbox"/>			gesamte HH (Z-Ring) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C-Quant (Lichtstreuungsmessung)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biometrie (IOL-Master)			White to White (ICL) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flare- Meter ^M (Messung der Entzündung im Auge)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spaltlampenfotografie (Retroillumination) <input type="checkbox"/>					
Hornhaut <input type="checkbox"/>			Linse <input type="checkbox"/>		
			Iris (Stromadefekte) <input type="checkbox"/>		
			Auge Übersicht <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bindehaut <input type="checkbox"/>			feiner Spalt <input type="checkbox"/>		
			Vorderk.(Tyndall) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Äussere Aufnahme (Nikon- Aufnahme)					
Gesicht <input type="checkbox"/>			Auge Übersicht <input type="checkbox"/>		
			Lid <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OCT (Spectrale Optische Kohärenz-Tomografie)					
			NH-Mitte - mehrere Parallelschnitte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Papille - mehrere Parallelschnitte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Glaukom - Nervenfaserschichtdicke (Normative DB)+NH Mitte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fundusfotografie ^M					
			hinterer Pol <input type="checkbox"/>		
			Panorama <input type="checkbox"/>		
			Autofluo <input type="checkbox"/>		
			Papille <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesichtsfeldbestimmung (Octopus)					
			G2 - Strategie: dynamisch (Standard) <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/>	TOP <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			M2 - Strategie: dynamisch (Standard) <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/>	TOP <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Nahzusatz <input type="checkbox"/>	Refra wie bisher <input type="checkbox"/>	Autoref- Wert verw. <input type="checkbox"/>
Diese Refraktion verwenden: R: _____ L: _____					
Moiré ^M (Retinale Sehschärfe)					
Elektro- Retinogramm (ERG) ^M					
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektro- Okulogramm (EOG) ^M					
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visuell Evozierte Potenziale (VEP)					
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anweisungen zur Durchführung (nützliche Informationen für das Diagnostik-Team; evtl. Skizze machen)	SEK Augenklinik Termin(e) geplant am: _____ _____ Dat./Vis: _____
---	--

<h2 style="margin: 0;">OD</h2> 	<h2 style="margin: 0;">OS</h2> 
--	---