

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

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

Termin	
Patient/in	

Anamnese			Befund (Skizze):
Diagnose			
Visus	OD	OS	
Fragestellung			

Dokumentation	Portrait (Kopf)	<input type="checkbox"/>			
	Motilitätsserie (Blickrichtungen)	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9	
	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
OCT	Nur zusammen mit Angiografie oder Beurteilung in einer Netz- hautsprechstunde möglich.		<input type="checkbox"/> Rechts	<input type="checkbox"/> Links	

<p>Lasertreatment in der Augenklinik USZ erwünscht?</p> <input type="checkbox"/> Ja, private Sprechstunde bitte Kaderarzt/ -ärztin rechts ankreuzen → <input type="checkbox"/> Ja, Poliklinik <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Prof. Barthelmes <input type="checkbox"/> PD Dr. Zweifel <input type="checkbox"/> PD Dr. Al-Sheikh <input type="checkbox"/> Dr. Fasler <input type="checkbox"/> Dr. Gunzinger <input type="checkbox"/> Dr. Muth <input type="checkbox"/> Dr. med. univ. Blum <input type="checkbox"/> Dr. Stahel <input type="checkbox"/> Dr. Winkler <input type="checkbox"/> Dr. Blaser <input type="checkbox"/> Dr. Kahlert <input type="checkbox"/> Dr. Li
<p>Behandlung in der Injektionssprechstunde erwünscht?</p> <input type="checkbox"/> Ja, bitte entsprechenden Kaderarzt/ -ärztin rechts ankreuzen → <input type="checkbox"/> Nein	
<p>Behandlung in der chirurgischer Netzhautsprechstunde bzw. konservativer Netzhautsprechstunde erwünscht?</p> <input type="checkbox"/> Ja, bitte entsprechenden Kaderarzt/ -ärztin rechts ankreuzen → <input type="checkbox"/> Ja, Poliklinik <input type="checkbox"/> Nein	

E-Mail oder Kopie erwünscht an:

Datum: _____ Arzt (Stempel/Unterschrift): _____