

# Augenärztliche Kontrollen bei Diabetes mellitus



mediX Praxis

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Patient(in):

## Von Hausarzt/Hausärztin auszufüllen

Wir bitten Sie um eine Rückmeldung der Verlaufskontrolle

Diagnose Diabetes mellitus Typ 1  Typ 2

Erstdiagnose:

Therapie Medikamente: (oder siehe auch beigelegte Medikamentenliste)

Letztes HbA1c: % vom:

---

## Von Augenarzt/Augenärztin auszufüllen

Befunde Druck rechts: links:

Visus rechts: links:

### Retinopathiestadium

### rechtes Auge

### linkes Auge

Keine diabetische Retinopathie

Milde/mässige nichtproliferative diab. Retinopathie

Schwere nichtproliferative diab. Retinopathie

Proliferative diab. Retinopathie

Klinisch signifikantes diabetisches Makulaödem

Zustand im Vergleich zur Voruntersuchung:  gleich  besser  schlechter

Therapie:

Nächste Kontrolle geplant in:

Datum:

Unterschrift/Stempel: