

Bitte faxen Sie diese Zuweisung an die +49 (0) 201 723 -5641

Zuweisung

Endokrine Orbitopathie Sprechstunde

der Klinik für Augenheilkunde des Universitätsklinikums Essen – Sehschule

PatientInnen-Daten

Vorname _____ Geburtsdatum _____

Nachname _____ E-Mail-Adresse _____

Telefon _____ Versicherung _____

Straße _____ gesetzlich privat

PLZ/Ort _____

konkrete Fragestellung

Anamnese
Erstmanifestation Augensymptome: _____ Doppelbilder ja nein
Erstmanifestation Schilddrüsenerkrankung: _____ Visusbedrohend ja nein
CT/ MRT Orbita: ja nein
Progredienz innerhalb der letzten 3 Monate: ja: Symptom: _____ nein
 aktive inaktive endokrine Orbitopathie

Durchgeführte Therapien : Steroidtherapie _____ (MM/YYYY)
 Orbitabestrahlung _____ (MM/YYYY)
 Dekompression Schilddrüsenresektion Radiojodtherapie

Befunde
Refraktion + Visus RA: _____ Covertest: _____
Refraktion + Visus LA: _____ Motilität: _____
Tensio RA _____ Tensio LA _____

Notfall? ja nein

--

Datum

Unterschrift

Praxisstempel

Hinweis: Für die optimale Betreuung der PatientInnen bitten wir um Weiterleitung aller aktuellen und relevanten Befunde. Bitte beachten Sie, dass aus organisatorischen Gründen nicht alle vorab eingereichten Unterlagen gesichert werden können und deshalb alle Unterlagen in Kopie zur Untersuchung mitgebracht werden müssen.

Wenn Sie uns die Informationen im Namen Ihrer Patienten übermitteln, z.B. durch dieses Formular, gehen wir davon aus, dass Ihre Patienten diesem Schritt zugestimmt haben!