

Patient :(Name, Geburtsdatum, Krankenversicherung)



Klinik für Augenheilkunde
Klinikdirektor
Prof. Dr. Wolfgang E. Lieb

**Abteilung für Schielbehandlung,
Neuroophthalmologie und
Kinderaugenheilkunde**

Steinhäuserstraße 18
76135 Karlsruhe

Tel: (0721) 8108 – 2388
Fax: (0721) 8108 – 2309

Handy- oder Telefon-Nummer des Patienten:

Erreichbarkeit tagsüber:

Terminanfrage per FAX (0721) 8108 – 2309

an die Abteilung Schielbehandlung, Neuroophthalmologie und Kinderaugenheilkunde

Diagnose _____

Fragestellung _____

ambulante Mitbetreuung/Weiterbetreuung:

Vorstellung zur Schieloperation:

Ihre Einschätzung der Dringlichkeit:

regulär akut, weil _____

Wir freuen uns über die Angabe Ihrer Vorbefunde!

Sehschärfe: R _____ L _____ Ziffern Landoltringe E-Haken LEA-Test Reihenoptotypen

Refraktion: R _____ L _____ **Datum:** _____

Skiaskopie Autorefraktor mit Zykloplegie ohne Zykloplegie sub. Abgleich

Augenstellung / Schielwinkel: Ferne: _____

Nähe: _____

Motilität / Binokularsehen: _____

Bemerkungen und Sonstige Befunde:

(z.B. Organbefund, Nystagmus, GF, OCT, Pupillen, Lidspalte, Operationen, Okklusion, Bildgebung, Prismenverordnung)

Praxisstempel