



# Protokoll optometrische Untersuchung

Proband(in)		Datum	
Geburtsdatum		Untersucher(in)	
Adresse		Adresse	
Telefon		Lehrkraft	
Email		Kabine	
		letzter Besuch am	

ANAMNESE	Hauptproblem / Grund des Besuchs *	
	weitere okuläre / visuelle Probleme	
	bisherige Therapien / okuläre Medikation *	
	allg. Gesundheit / Medikation *	
	visuelle Anforderungen im Alltag (z.B. Beruf)	

BISHERIGE KORREKTION	<input type="checkbox"/> Gleitsicht	von:	Anmerkungen:											
	<input type="checkbox"/> PC-Brille			sph	cyl	A	Pr	Basis	Add	Vcc	MA	PD		
	<input type="checkbox"/> Fernbrille			R										
	<input type="checkbox"/> Nahbrille	HSA:		L										
	<input type="checkbox"/> Gleitsicht	von:	Anmerkungen:											
	<input type="checkbox"/> PC-Brille			sph	cyl	A	Pr	Basis	Add	Vcc	MA	PD		
	<input type="checkbox"/> Fernbrille			R										
	<input type="checkbox"/> Nahbrille	HSA:		L										
weitere Hilfsmittel:														

REFRAKTIONSBESTIMMUNG	objektiv	Skioskopie *	sph	cyl	A	Vcc	Autorefraktion	sph	cyl	A			
	R	Verfahren:					Gerät:						
	L												
	subjektiv *	HSA:	Verfahren:										
		Vsc	sph	cyl	A	Pr hor	Basis	Pr vert	Basis	Add	Vcc	Vcc bin	PD
	R												
	L												
	Nahzusatz	gewünschte Leseentfernung:	cm	Hauptarbeitsentfernung:	cm	Gebrauchsentfernung mit ermittelter Addition:	von:	cm	bis:	cm			
Anmerkungen:													

VERORDNUNG	<input type="checkbox"/> wie subjektive Refr.	<input type="checkbox"/> Ferne + Nähe	<input type="checkbox"/> nur Ferne	<input type="checkbox"/> nur Nähe								
	HSA:	sph	cyl	A	Pr hor	Basis	Pr vert	Basis	Add	Vcc	Vcc bin	PD
	<input type="checkbox"/> Formel-Fall	R										
	<input type="checkbox"/> PMZ-Fall	L										

\* Untersuchungen, die für das ECOO-Diplom relevant sind

EINGANGSTESTE	<b>Cover *</b>	<input type="checkbox"/> keine Bewegung	<input type="checkbox"/> Eso	<input type="checkbox"/> Exo	<input type="checkbox"/> Hypo	<input type="checkbox"/> Hyper	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> L
	<b>Uncover *</b>	<input type="checkbox"/> keine Bewegung	<input type="checkbox"/> Eso	<input type="checkbox"/> Exo	<input type="checkbox"/> R über L	<input type="checkbox"/> L über R		
	<b>Pupillen *</b>	<input type="checkbox"/> PIRRLA	R > L		<input type="checkbox"/> R < L	<input type="checkbox"/> RAPD	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> L
	<b>Motilität *</b>	<input type="checkbox"/> voll, gleichmäßig	<input type="checkbox"/> eingeschränkt:					
Anmerkungen:								

BINOKULARPRÜFUNG	<input type="checkbox"/> Eingangsteste auffällig	<input type="checkbox"/> asthenop. Beschwerden	<input type="checkbox"/> Diplopie	<input type="checkbox"/> Amblyopie
	<b>Stereopsis mit Vollkorr.</b>	=	"	Verfahren:
	<b>Heterophorie (motorisch)</b>	F =		Verfahren:
	<b>Heterophorie (motorisch)</b>	N =		Verfahren:
	Anmerkungen:			
	<b>Heterophorie (motorisch) + FD</b>	=		Verfahren:
	Anmerkungen:			
<b>Heterotropie</b>	=		Verfahren:	
Anmerkungen:				
<b>Analyse / Bewertung</b>				

VORDERER AUGENABSCHNITT	<b>Tränenfilm *</b>	<input type="checkbox"/> ≥ 0,2	<input type="checkbox"/> gleichmäßig	<input type="checkbox"/> Lipid normal	<input type="checkbox"/> auffällig:		
	<b>Lider *</b>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> auffällig:
	<b>Bindehaut *</b>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> auffällig:
	<b>Hornhaut *</b>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> auffällig:
	<b>Vorderkammer *</b>	<input type="checkbox"/> vH4	<input type="checkbox"/> vH3	<input type="checkbox"/> vH2	<input type="checkbox"/> vH1	<input type="checkbox"/> vH0	<input type="checkbox"/> auffällig:
	<b>Iris / Pupille *</b>	<input type="checkbox"/> unauffällig		<input type="checkbox"/> auffällig:			
	<b>Linse *</b>	<input type="checkbox"/> altersentspr.		<input type="checkbox"/> auffällig:			
	Gratingscale: <input type="checkbox"/> IOL <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L						
Sonstiges:							

HINTERER AUGENABSCHNITT	<input type="checkbox"/> 90D* <input type="checkbox"/> DO* <input type="checkbox"/> OCT	<input type="checkbox"/> Funduskamera	<input type="checkbox"/> Optos	<input type="checkbox"/> andere
	<b>Papille</b>	<input type="checkbox"/> Randsaum vital	<input type="checkbox"/> CD-Ratio vert. ≤ 0,6	<input type="checkbox"/> randscharf <input type="checkbox"/> ISNT erfüllt
	<input type="checkbox"/> auffällig:			
	<b>Gefäße</b>	<input type="checkbox"/> Verlauf regeln.	<input type="checkbox"/> Kaliber regeln.	<input type="checkbox"/> Kreuzungen regeln.
	<input type="checkbox"/> auffällig:			
	<b>Makula</b>	<input type="checkbox"/> Pigmentierg. regeln.	<input type="checkbox"/> Reflexe altersentspr.	<input type="checkbox"/> keine Drusen <input type="checkbox"/> keine Exsudate
	<input type="checkbox"/> auffällig:			
Sonstiges:				

WEIT. UNTERSUCHUNGEN	<b>Sehfunktionen</b>	<input type="checkbox"/> Farbsinn	<input type="checkbox"/> Kontrastempfindl.	<input type="checkbox"/> Blendempfindl.	<input type="checkbox"/> Gesichtsfeld
	Details:				
	<b>Geräte</b>	<input type="checkbox"/> NCT	<input type="checkbox"/> Pentacam	<input type="checkbox"/> DNEye Scanner	<input type="checkbox"/> HRT
	<input type="checkbox"/> andere:				
	Ergebnisse:				

<b>VERDACHTSDIAGNOSE:</b>	
<b>FAZIT / EMPFEHLUNG:</b>	
<b>ANHÄNGE:</b>	

\* Untersuchungen, die für das ECOO-Diplom relevant sind



