

Patientenanmeldung zur Fluoreszenz-/ Indocyaningrün-Angiographie

Name Patient	Anschrift
Geb. Datum	Telefon
Krankenkasse	Krankenkassen-Nr.
Diagnose	

Fragestellung

Termin: ☐ Baldmöglichst ☐ Regulär

- ☐ Bds ☐ OD ☐ OS
☐ **OCT Spectrals**
☐ Macula
☐ Papille
☐ Autofluo

- ☐ **Fluoreszenzangiographie** ☐ **ICG-Angiographie**
(inkl. Visus / Mydr. / OCT, IR/AF)

Frühphase (zwingend ankreuzen):

- ☐ OD ☐ OS
☐ zentral 30° ☐ zentral 50° ☐ Läsion
☐ Peripherie 50° (9 Richtungen)
☐ Nieren-, Leberleiden, Allergien, Medikam.-Unverträglichkeit
☐ wichtige Allgemeinleiden:
☐ Frühere Fluo-Angiographie, Wirkung:

- ☐ falls IVT Therapie indiziert, direkt bei Videris gewünscht

Bemerkungen