

An den betreuenden Augenarzt

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege, der/die PatientIn leidet an folgender zystischen Nierenerkrankung:

- ARPKD
- Nephronophthise
- HNF1β Nephropathie
- Bardet - Biedl Syndrom
- Andere assoziierte Ziliopathie: _____

wir bitten deshalb um ein Konsil mit besonderem Augenmerk auf untenstehende Fragestellungen.

Datum der Untersuchung: _____

		<i>Rechtes Auge</i>		<i>Linkes Auge</i>	
Visus mit Korrektur					
Bei Besonderheiten	Allgemeine Erscheinung	opB		opB	
	Bindehaut	opB		opB	
	Hornhaut	opB		opB	
	Vorderkammer	opB		opB	
	Iris	opB		opB	
	Linse	opB		opB	
	Augeninnendruck	opB		opB	
	Papille	opB		opB	
	Makula	opB		opB	
	Netzhaut	opB		opB	

Retinitis pigmentosa	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>	unklar	<input type="radio"/>	Ja	Seit: _____
Iriskolobom	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>	unklar	<input type="radio"/>	Ja	
Strabismus	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>	unklar	<input type="radio"/>	Ja	Seit: _____
Astigmatismus	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>	unklar	<input type="radio"/>	Ja	
Nystagmus	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>	unklar	<input type="radio"/>	Ja	Seit: _____
Eingeschr. Augenfolgebewegungen	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>	unklar	<input type="radio"/>	Ja	Seit: _____
Okulomotorische Apraxie	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>	unklar	<input type="radio"/>	Ja	Seit: _____
Gesichtsfeldeinschränkung	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>	unklar	<input type="radio"/>	Ja	Seit: _____
Farbsinnstörung	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>	unklar	<input type="radio"/>	Ja	Seit: _____
Nachtblindheit	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>	unklar	<input type="radio"/>	Ja	Seit: _____
Erbblindung	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>	unklar	<input type="radio"/>	Ja	Seit: _____
Optikusatrophie	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>	unklar	<input type="radio"/>	Ja	Seit: _____
Fundus hypertonicus	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>	unklar	<input type="radio"/>	Ja	Seit: _____
Katarakt	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>	unklar	<input type="radio"/>	Ja	Seit: _____
Sonstiges: _____							
Empfehlung: _____							
Wiedervorstellung: _____							

Datum _____

Arzt/Ärztin _____ / Stempel