



001002002

Augenklinik und Poliklinik
I. Medizinische Klinik und PoliklinikInterdisziplinäre Sprechstunde
Endokrine Orbitopathie

		Monat / Jahr
Schilddrüsenerkrankung, ED		/
<input type="checkbox"/> M. Basedow <input type="checkbox"/> Hashimoto-Thyreoditis		/
Beginn der EO		/
Augentropfen/-salbe		/
Thyreoidektomie	keine <input type="checkbox"/>	/
Radio-Jod-Therapie	keine <input type="checkbox"/>	/
Steroid-Therapie	keine <input type="checkbox"/>	/
aktuelle Dosierung	i.v. <input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/>	mg/Tag
Retrobulbäre Bestrahlung	keine <input type="checkbox"/>	/
Dekompression	keine <input type="checkbox"/>	/
Schielopoperationen	keine <input type="checkbox"/>	/
Lidoperationen	keine <input type="checkbox"/>	/
Raucher	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	euthyreot/hypothyreot/ hyperthyreot

Patient
Name

Vorname

Geburtsdatum

Untersucher

Tag der
Untersuchung

Subjektive Beschwerden

Retrobulbäres Druckgefühl	R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>	Epiphora	R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>	Sandkorngefühl	R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>
Schmerzen bei Augenbewegungen	R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>	Photophobie	R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>	Verschwommensehen	R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>
Doppelbilder keine <input type="checkbox"/> intermittierende <input type="checkbox"/> inkonstante (Blickrichtungs-abhängige) <input type="checkbox"/> konstante Doppelbilder in PP o. beim Lesen <input type="checkbox"/>					

Objektive Befunde	OD	OS
Bestkorrigierter Visus cc/sc/stenop.		
RAPD	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Farbensehen nicht getestet <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> abnormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> abnormal <input type="checkbox"/>
Hertel-Basis	mm	mm
Lidspaltenweite	mm	mm
Oberlidretraktion	mm	mm
Untereidretraktion	mm	mm
Lidschlussdefizit	mm	mm
Lidschwellung	keine <input type="checkbox"/> mild <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/>	keine <input type="checkbox"/> mild <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/>
Lidrötung	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Bindhautinjektion	keine <input type="checkbox"/> mild <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	keine <input type="checkbox"/> mild <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Chemosis	keine <input type="checkbox"/> mild <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/>	keine <input type="checkbox"/> mild <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/>
Karunkel/Plica-Schwellung	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Sup. limbäre Keratokonjunktivitis	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Kornea	o.B. <input type="checkbox"/> Stippung <input type="checkbox"/> Ulkus <input type="checkbox"/>	o.B. <input type="checkbox"/> Stippung <input type="checkbox"/> Ulkus <input type="checkbox"/>
IOD	mmHg	mmHg
Cataract	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Papille	normal <input type="checkbox"/> randunscharf <input type="checkbox"/> atrophisch <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> randunscharf <input type="checkbox"/> atrophisch <input type="checkbox"/>
Aderhautfalten	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Gesichtsfeld		
Goldmann <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/>
Automatisch <input type="checkbox"/>	pathologisch <input type="checkbox"/>	pathologisch <input type="checkbox"/>
Farbensättigung	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
VEP		
Latenzverzögerung	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/>
Amplitudenreduktion	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/>
Bildgebung (bitte Auffälligkeiten beschreiben)		
Motilität	Kopfzwangshaltung nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Binokulares Einfachsehen ohne Prismen möglich: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Augenstellung (bei Blick in die Ferne, evt. KZH ausgeglichen)	Monokulare Exkursion	OD OS
Esotropie keine <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/>	Adduktion	
Exotropie keine <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/>	Abduktion	
Hypotropie keine <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/>	Hebung	
Hypertropie keine <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/>	Senkung	
Aktive EO? (Clinical Activity Score) /7 Punkte	Anhalt für Kompressionsneuropathie: R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> gesichert <input type="checkbox"/> Va. <input type="checkbox"/>	
Beurteilung/Procedere/WV/Verordnung:		