



Informationen über Glaukompatienten

Sehr geehrte (r) Kollege (in),

um Ihren Glaukompatienten bestmöglich mitbetreuen zu können, möchten wir Sie bitten, uns einige Informationen zu geben. Zusätzlich wäre es sehr hilfreich, wenn Sie uns die **letzte Gesichtsfeldprüfung in Kopie** mitgeben könnten. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Name: _____ Vorname: _____ geb.: ____/____/____

Grund der Vorstellung:

- Therapieempfehlung
 Glaukomabklärung wegen Papille IOD Risikofaktoren
 Progression mit derzeitiger Medikation

Glaukom bekannt seit: _____ behandelt seit: _____

Messung des IOD: Goldmann Luft Schiötz andere: _____

Maximal unbehandelter IOD: R: _____ mmHg L: _____ mmHg

Maximal IOD unter derzeitiger Therapie: R: _____ mmHg L: _____ mmHg

Aktuelle Glaukommedikation

1. _____ seit: _____ weitere: _____
 2. _____ seit: _____
 3. _____ seit: _____
 4. _____ seit: _____

Früher verwendete Glaukommedikation:

<input type="checkbox"/> Konservierungsmittelallergie		<input type="checkbox"/> ges. Allergie	<input type="checkbox"/> Verdacht
<input type="checkbox"/> Alphagan	<input type="checkbox"/> geringe Wirkung	<input type="checkbox"/> ges. Allergie	<input type="checkbox"/> Unverträglichkeit
<input type="checkbox"/> Azopt	<input type="checkbox"/> geringe Wirkung	<input type="checkbox"/> ges. Allergie	<input type="checkbox"/> Unverträglichkeit
<input type="checkbox"/> Betablocker	<input type="checkbox"/> geringe Wirkung	<input type="checkbox"/> ges. Allergie	<input type="checkbox"/> Unverträglichkeit
<input type="checkbox"/> Clonidin	<input type="checkbox"/> geringe Wirkung	<input type="checkbox"/> ges. Allergie	<input type="checkbox"/> Unverträglichkeit
<input type="checkbox"/> Cosopt	<input type="checkbox"/> geringe Wirkung	<input type="checkbox"/> ges. Allergie	<input type="checkbox"/> Unverträglichkeit
<input type="checkbox"/> Lumigan	<input type="checkbox"/> geringe Wirkung	<input type="checkbox"/> ges. Allergie	<input type="checkbox"/> Unverträglichkeit
<input type="checkbox"/> Pilocarpin	<input type="checkbox"/> geringe Wirkung	<input type="checkbox"/> ges. Allergie	<input type="checkbox"/> Unverträglichkeit
<input type="checkbox"/> Timpilo	<input type="checkbox"/> geringe Wirkung	<input type="checkbox"/> ges. Allergie	<input type="checkbox"/> Unverträglichkeit
<input type="checkbox"/> Travatan	<input type="checkbox"/> geringe Wirkung	<input type="checkbox"/> ges. Allergie	<input type="checkbox"/> Unverträglichkeit
<input type="checkbox"/> Trusopt	<input type="checkbox"/> geringe Wirkung	<input type="checkbox"/> ges. Allergie	<input type="checkbox"/> Unverträglichkeit
<input type="checkbox"/> Xalacom	<input type="checkbox"/> geringe Wirkung	<input type="checkbox"/> ges. Allergie	<input type="checkbox"/> Unverträglichkeit
<input type="checkbox"/> Xalatan	<input type="checkbox"/> geringe Wirkung	<input type="checkbox"/> ges. Allergie	<input type="checkbox"/> Unverträglichkeit
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> geringe Wirkung	<input type="checkbox"/> ges. Allergie	<input type="checkbox"/> Unverträglichkeit

Bemerkungen: _____
