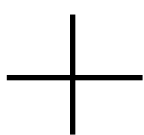




Subj.: _____ Tragezeit beim Termin: _____
 Komfort: _____
 Sehen: _____
 Erwartungen an KL/erfüllt: _____
 Pflegemittel: _____ gewünschter Tragemodus: _____
 tatsächlicher Tragemodus: _____
 KL: _____
F N Monov.: _____ Multi: _____

V _{KL}	V _{bin}	ÜR HSA:	sph	cyl	A	V _{cc}	V _{cc} bin	add	V _N	sens. Führ.	IOD Zeit:	Sonst.:
		R										
		L										

R			L
Zentralradien:	Höhe _____ TBUT ____ Sek. <input type="checkbox"/> sonst.:	Tränen- film Benetzung	Höhe _____ TBUT ____ Sek. <input type="checkbox"/> sonst.:
	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> sonst.: <input type="checkbox"/> unvollständig	Lid Lidschluss	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> sonst.: <input type="checkbox"/> unvollständig
ϵ	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> Kosmetikabl. <input type="checkbox"/> Schaumbild. <input type="checkbox"/> sonst.:	Lidrand	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> Kosmetikabl. <input type="checkbox"/> Schaumbild. <input type="checkbox"/> sonst.:
	<input type="checkbox"/> zentral <input type="checkbox"/> dez.: <input type="checkbox"/> Fluo: <input type="checkbox"/> Stabil.:	Linsensitz	<input type="checkbox"/> zentral <input type="checkbox"/> dez.: <input type="checkbox"/> Fluo: <input type="checkbox"/> Stabil.:
	<input type="checkbox"/> gleitend <input type="checkbox"/> Push-Up: <input type="checkbox"/> sonst.:	Bewegung	<input type="checkbox"/> gleitend <input type="checkbox"/> Push-Up: <input type="checkbox"/> sonst.:
	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> Hyperämie: <input type="checkbox"/> Pinguecula <input type="checkbox"/> LIPCOF: <input type="checkbox"/> sonst.:	Conj. bulbär	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> Hyperämie: <input type="checkbox"/> Pinguecula <input type="checkbox"/> LIPCOF: <input type="checkbox"/> sonst.:
	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> Hyperämie: <input type="checkbox"/> sonst.:	Conj. tarsal	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> Hyperämie: <input type="checkbox"/> sonst.:
	<input type="checkbox"/> klar <input type="checkbox"/> Trübung: <input type="checkbox"/> Stippen <input type="checkbox"/> sonst.:	Cornea Endothel	<input type="checkbox"/> klar <input type="checkbox"/> Trübung: <input type="checkbox"/> Stippen <input type="checkbox"/> sonst.:
	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> sonst.: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> sonst.:	Limbus	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> neovas.: <input type="checkbox"/> sonst.:
	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> sonst.: Van Herick: T :1 N :1	VK	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> sonst.: Van Herick: T :1 N :1
	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> sonst.:	Iris	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> sonst.:
	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> Trübung: <input type="checkbox"/> sonst.:	Linse	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> Trübung: <input type="checkbox"/> sonst.:
	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> sonst.:	Vitreous	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> sonst.:

KL: _____
 r₀ sph cyl A Ø

R

L

Feststellungen

F N Monov.: _____
Multi: _____

Management/Plan

Pflegemittel: _____ NK vereinbart: _____