



## Augenärztliches Konsilium bei Frühgeborenenretinopathie

angefordert von Dr. \_\_\_\_\_ Sucher: \_\_\_\_\_ gefaxt (3418) am: \_\_\_\_\_

Intensivstation (Kinderspital 3. Stock)

Neonatologie (Frauenklinik 2. Stock)

### Neonatologische Angaben

FG <31 <sup>0</sup>/<sub>7</sub> oder GG < 1250g

FG 31 <sup>0</sup>/<sub>7</sub> - 33 <sup>6</sup>/<sub>7</sub> mit hohem/prolongiertem O<sub>2</sub>-Bedarf

Gestationsalter: \_\_\_\_\_ /z

korrigiertes Alter: \_\_\_\_\_

Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_

aktuelles Gewicht: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Gestationsalter \_\_\_\_\_ Untersucher: \_\_\_\_\_ Sucher \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> <b>keine ROP</b> , Vaskularisation	<input type="checkbox"/> inkomplett	<input type="checkbox"/> komplett / abgeschlossen
<input type="checkbox"/> <b>ROP</b>	Stadium / Zone <input type="checkbox"/> Rechts _____	Stadium / Zone <input type="checkbox"/> Links _____

Nächste Kontrolle in : \_\_\_\_\_ (Terminverteilung durch Sekretariat Augenspital)

Datum: \_\_\_\_\_ Gestationsalter \_\_\_\_\_ Untersucher: \_\_\_\_\_ Sucher \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> <b>keine ROP</b> , Vaskularisation	<input type="checkbox"/> inkomplett	<input type="checkbox"/> komplett / abgeschlossen
<input type="checkbox"/> <b>ROP</b>	Stadium / Zone <input type="checkbox"/> Rechts _____	Stadium / Zone <input type="checkbox"/> Links _____

Nächste Kontrolle in : \_\_\_\_\_ (Terminverteilung durch Sekretariat Augenspital)

Datum: \_\_\_\_\_ Gestationsalter \_\_\_\_\_ Untersucher: \_\_\_\_\_ Sucher \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> <b>keine ROP</b> , Vaskularisation	<input type="checkbox"/> inkomplett	<input type="checkbox"/> komplett / abgeschlossen
<input type="checkbox"/> <b>ROP</b>	Stadium / Zone <input type="checkbox"/> Rechts _____	Stadium / Zone <input type="checkbox"/> Links _____

Nächste Kontrolle in : \_\_\_\_\_ (Terminverteilung durch Sekretariat Augenspital)

Datum: \_\_\_\_\_ Gestationsalter \_\_\_\_\_ Untersucher: \_\_\_\_\_ Sucher \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> <b>keine ROP</b> , Vaskularisation	<input type="checkbox"/> inkomplett	<input type="checkbox"/> komplett / abgeschlossen
<input type="checkbox"/> <b>ROP</b>	Stadium / Zone <input type="checkbox"/> Rechts _____	Stadium / Zone <input type="checkbox"/> Links _____

Nächste Kontrolle in : \_\_\_\_\_ (Terminverteilung durch Sekretariat Augenspital)

Datum: \_\_\_\_\_ Gestationsalter \_\_\_\_\_ Untersucher: \_\_\_\_\_ Sucher \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> <b>keine ROP</b> , Vaskularisation	<input type="checkbox"/> inkomplett	<input type="checkbox"/> komplett / abgeschlossen
<input type="checkbox"/> <b>ROP</b>	Stadium / Zone <input type="checkbox"/> Rechts _____	Stadium / Zone <input type="checkbox"/> Links _____

Nächste Kontrolle in : \_\_\_\_\_ (Terminverteilung durch Sekretariat Augenspital)

Datum: \_\_\_\_\_ Gestationsalter \_\_\_\_\_ Untersucher: \_\_\_\_\_ Sucher \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> <b>keine ROP</b> , Vaskularisation	<input type="checkbox"/> inkomplett	<input type="checkbox"/> komplett / abgeschlossen
<input type="checkbox"/> <b>ROP</b>	Stadium / Zone <input type="checkbox"/> Rechts _____	Stadium / Zone <input type="checkbox"/> Links _____

Nächste Kontrolle in : \_\_\_\_\_ (Terminverteilung durch Sekretariat Augenspital)

Datum: \_\_\_\_\_ Gestationsalter \_\_\_\_\_ Untersucher: \_\_\_\_\_ Sucher \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> <b>keine ROP</b> , Vaskularisation	<input type="checkbox"/> inkomplett	<input type="checkbox"/> komplett / abgeschlossen
<input type="checkbox"/> <b>ROP</b>	Stadium / Zone <input type="checkbox"/> Rechts _____	Stadium / Zone <input type="checkbox"/> Links _____

Nächste Kontrolle in : \_\_\_\_\_ (Terminverteilung durch Sekretariat Augenspital)