

Letzter Besuch (lt. Filemaker):

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Ausgeübter Beruf: _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Name, Adresse und Telefonnummer

behandelnder Augenarzt _____

behandelnder Hausarzt _____

behandelnder Rheumatologe _____

Verlauf der Uveitis seit der letzten Vorstellung

Anzahl der Schübe _____

Dauer der Schübe (Tage/Wochen?) _____

Intensität der Schübe (stärker/länger?) _____

Intervalle zwischen den Schüben kürzer als zuvor? Nein Ja

Behandlung im Schub

Präparatname	Wann (von – bis)	hilfreich	verträglich
_____	_____	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
_____	_____	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
_____	_____	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
_____	_____	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
_____	_____	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja

Aktuelle Medikation

Welche **Augentropfen** nehmen Sie zurzeit in welcher Dosierung für welches Auge (RA/LA)?

Name des Präparates	Wann (von – bis)	RA / LA	hilfreich	verträglich
_____	_____	<input type="radio"/> RA <input type="radio"/> LA	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
_____	_____	<input type="radio"/> RA <input type="radio"/> LA	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
_____	_____	<input type="radio"/> RA <input type="radio"/> LA	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
_____	_____	<input type="radio"/> RA <input type="radio"/> LA	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja

Welche **sonstigen Medikamente** nehmen Sie zurzeit in welcher Dosierung ein?

Medikamentenplan anbei: Nein (dann bitte unten auflisten) Ja, siehe Plan

Name des Präparates	Dosis [Einheit]	Häufigkeit
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Aktuelle Beschwerden an den Augen? (Beginn, Verlauf und Ausprägung)

Falls seit ihrem letzten Besuch **relevante Befunde** erhoben wurden, senden sie Sie uns bitte zu.

 Datum

 Unterschrift