

Beispiel für eine Checkliste - Folgeuntersuchung

Anamnese (für Ergänzungen oder bei Veränderungen)		
Allgemeine Daten	Untersuchungsdatum	<input type="checkbox"/>
	Untersucher	<input type="checkbox"/>
	Datenschutzerklärung	<input type="checkbox"/>
Persönliche Daten	Geschlecht	<input type="checkbox"/>
	Geburtsdatum / Alter	<input type="checkbox"/>
	Begleitperson	<input type="checkbox"/>
	Kontaktdaten	<input type="checkbox"/>
Medizinische Informationen	Systemische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>
	Allgemeinerkrankungen	<input type="checkbox"/>
	Augenerkrankungen	<input type="checkbox"/>
	Erkrankungen in der Familie	<input type="checkbox"/>
Einnahme von Medikamenten	Herzpräparate	<input type="checkbox"/>
	Hormonpräparate	<input type="checkbox"/>
	Cortison	<input type="checkbox"/>
	Antibiotika	<input type="checkbox"/>
	Insulin	<input type="checkbox"/>
	Blutdrucksenkende Medikamente	<input type="checkbox"/>
Grund des Besuches	Überprüfung der Sehschärfe	<input type="checkbox"/>
	Sehverschlechterung	<input type="checkbox"/>
	Vorliegende Verordnung prüfen	<input type="checkbox"/>
	sonstiges	<input type="checkbox"/>
Aktuelle Sehhilfen	Fernbrille	<input type="checkbox"/>
	Lesebrille	<input type="checkbox"/>
	Gleitsichtbrille	<input type="checkbox"/>
	Kontaktlinsen	<input type="checkbox"/>
	Vergrößernde Sehhilfen	<input type="checkbox"/>
Sehanforderungen	Bildschirmarbeit	<input type="checkbox"/>
	Ferne	<input type="checkbox"/>
	PC-Arbeit	<input type="checkbox"/>
	Arbeit mit dem Tablet / Smartphone	<input type="checkbox"/>
	sonstiges	<input type="checkbox"/>
Ärztliche Behandlung	Kontaktdaten des Arztes	<input type="checkbox"/>
	Diagnosen	<input type="checkbox"/>
	Verletzungen / OP's am Auge	<input type="checkbox"/>
Aktuelle Beschwerden & Häufigkeit / Stärke des Auftretens	Unschärfes Sehen Ferne / Nähe	<input type="checkbox"/>
	Tränende Augen	<input type="checkbox"/>
	Trockene Augen	<input type="checkbox"/>
	Schwarze Punkte / Fliegende Mücken	<input type="checkbox"/>
	Kopfschmerzen beim Lesen	<input type="checkbox"/>
	Nacken-/Schulterschmerzen	<input type="checkbox"/>
	Schwindel	<input type="checkbox"/>
	Sonstiges	<input type="checkbox"/>

Beispiel für eine Checkliste - Folgeuntersuchung

Informationen des Kontaktlinsträgers

Sehqualität mit Kontaktlinsen		<input type="checkbox"/>
Handling der Kontaktlinsen	beim Aufsetzen	<input type="checkbox"/>
	beim Absetzen	<input type="checkbox"/>
Tragezeiten	Täglich	<input type="checkbox"/>
	wöchentlich	<input type="checkbox"/>
Reinigung der Kontaktlinsen	Pflegemittel	<input type="checkbox"/>
	Zustand der Kontaktlinsenbehälter	<input type="checkbox"/>
Gefühl nach Abnehmen der Kontaktlinsen		<input type="checkbox"/>
Gesamteindruck		<input type="checkbox"/>

Refraktionsstatus

Objektiv	mit Kontaktlinsen	<input type="checkbox"/>
	ohne Kontaktlinsen	<input type="checkbox"/>
Subjektiv	mit Kontaktlinsen	<input type="checkbox"/>
	ohne Kontaktlinsen	<input type="checkbox"/>

Zustand der Kontaktlinsen

Kontaktlinsenoberfläche	<input type="checkbox"/>
Kontaktlinsenrand	<input type="checkbox"/>
Verfärbungen	<input type="checkbox"/>

Tränenfilmanalyse

Qualität	Fließverhalten	<input type="checkbox"/>
	Interferenzerscheinungen	<input type="checkbox"/>
Quantität	Tränenmeniskus	<input type="checkbox"/>
	(NI)(K)BUT	<input type="checkbox"/>
	Schirmer	<input type="checkbox"/>
	Koriashi	<input type="checkbox"/>
Lipcof Falten	<input type="checkbox"/>	

Beispiel für eine Checkliste - Folgeuntersuchung

Vorderer Augenabschnitt (ggf. mit Fluoreszein / ohne Fluoreszein)		
HH-Radien	Zentral	<input type="checkbox"/>
	peripher	<input type="checkbox"/>
Exzentrizitäten	Gesamtexzentrizität	<input type="checkbox"/>
	Einzelexzentrizitäten	<input type="checkbox"/>
Astigmatische Verhältnisse		<input type="checkbox"/>
HH-Durchmesser		<input type="checkbox"/>
Lidspaltengröße		<input type="checkbox"/>
Pupillengröße- und form	Tageslicht	<input type="checkbox"/>
	Abgedunkelte Verhältnisse	<input type="checkbox"/>
Augenlider	Form	<input type="checkbox"/>
	Lage	<input type="checkbox"/>
	Symmetrie	<input type="checkbox"/>
Konjunktiva	Bulbär	<input type="checkbox"/>
	Palbebral	<input type="checkbox"/>
Cornea	Schichtdicken	<input type="checkbox"/>
	Einschlüsse	<input type="checkbox"/>
	Form	<input type="checkbox"/>
Vorderkammer	Kammerwinkel	<input type="checkbox"/>
	Kammertiefe	<input type="checkbox"/>
	Vorhandene	<input type="checkbox"/>
	Entzündungszellen	<input type="checkbox"/>
Augenlinse	Trübungen	<input type="checkbox"/>

Empfehlungen / Demonstrationen / Aufklärung		
Kontaktlinsentausch		<input type="checkbox"/>
Reinigungsempfehlungen	Intervalle	<input type="checkbox"/>
	Videos	<input type="checkbox"/>
	Demonstration	<input type="checkbox"/>
Handlungsempfehlungen	Sauger	<input type="checkbox"/>
	Videos	<input type="checkbox"/>
	Demonstration	<input type="checkbox"/>
Tragepause		<input type="checkbox"/>
Pflegemitteltausch		<input type="checkbox"/>