

Name, Vorname des Versicherten			geboren am:		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status			
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum			

## Augenärztlicher/Orthoptischer Befund

**Visus** sc/cc RA \_\_\_\_\_ (LEA, EH, LR, Z)

sc/cc LA \_\_\_\_\_ (LEA, EH, LR, Z)

**Refraktion** RA \_\_\_\_\_

LA \_\_\_\_\_

**Amblyopie**  nein  RA  LA

**Strabismus** sc/cc  nein  RA  LA

convergens  divergens  intermittens

Hypertropie  Hypotropie

**Stereosehen**  ja  nein

**Fusion**  ja  nein \_\_\_\_\_

**Motilität**  o.B. auffällig: \_\_\_\_\_

**Vorderabschnitt**  o.B. auffällig: \_\_\_\_\_

**Fundus**  o.B. auffällig: \_\_\_\_\_

**Brücknertest:** \_\_\_\_\_

**Therapie** Brille  ja  nein  Neuverordnung

Okklusion  RA \_\_\_\_\_ h/Tag, \_\_\_\_\_ Tage/Woche

LA \_\_\_\_\_ h/Tag, \_\_\_\_\_ Tage/Woche

**Sonstiges:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Wiedervorstellung** in \_\_\_\_\_ Woche(n) \_\_\_\_\_ Monate(n) \_\_\_\_\_ Jahr(en)

**PIRATOPLAST®**  
Sanft zur Kinderhaut

Praxisstempel:

Vielen Dank für Ihre Überweisung  
und freundliche Grüße

Augenarzt/-ärztin, Orthoptist/-in