

Untersuchungsprotokoll

Augenstellung und Augenbeweglichkeit

	RA Intakt/Unauffällig	RA Gestört/Auffällig	LA Intakt/Unauffällig	LA Gestört/Auffällig	Bemerkungen
Augenstellung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Augenbeweglichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Pupillen (Efferenz und Afferenz)

Pupillen	Ja	Nein	RA auffällig	LA auffällig	
Pupillen rund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pupillen zentriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
In Helligkeit und Dunkelheit isokor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
- Anisokorie?					<input type="checkbox"/> R > L <input type="checkbox"/> R < L
- Bei Dunkelheit zunehmend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Dilatationsdefizit
- Bei Helligkeit zunehmend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Kontraktionsdefizit
RAPD?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> __, __ logE	<input type="checkbox"/> __, __ logE	
Sonstige Anmerkungen					

Vorderer Augenabschnitt

Spaltlampe (WQ900, Haag Streit, König)

	RA Intakt/Unauffällig	RA Gestört/Auffällig	LA Intakt/Unauffällig	LA Gestört/Auffällig	Bemerkungen
Bindehaut					
Hornhaut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vorderkammer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vorderkammertiefe temporale Peripherie (Grad 1-4, nach W. van Herick)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
Irisfarbe					
Iris/Pupille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Linse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Glaskörper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Intraokular reizfrei?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Augenhintergrund

BETA 200 S LED Ophthalmoskop, Heine, Herrsching

	RA		LA	
	Intakt/Unauffällig	Gestört / Auffällig	Intakt/Unauffällig	Gestört / Auffällig
Papille randscharf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Papille vital gefärbt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zentrale Exkavation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CDR:				
ISNT Regel erfüllt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Papillenrand / Nervenfaserschicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Makula?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ausprägungsgrad		Ausprägungsgrad	
Wallreflex	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> ∅		<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> ∅	
Foveolarreflex	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> ∅		<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> ∅	
	Intakt/Unauffällig	Gestört / Auffällig	Intakt/Unauffällig	Gestört / Auffällig
Zentrale Fixation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exzentrischer Fixationsort:				
Gefäße?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a : v =				
Peripherie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkungen				