

Beispiel für eine Checkliste - Erstuntersuchung

| Anamnese | | |
|--|------------------------------------|--------------------------|
| 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 | Unscharfes 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 - Erstuntersuchung

| Refraktionsstatus | |
|---------------------------------|--------------------------|
| Objektive Refraktion | <input type="checkbox"/> |
| Subjektive Refraktion | <input type="checkbox"/> |
| Optometrische Screeningmethoden | <input type="checkbox"/> |

| Vorderer Augenabschnitt | | |
|----------------------------|---------------------------|--------------------------|
| 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"/> |

| 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 - Erstuntersuchung

Anpasslinse / Probelinse

| | | |
|----------------------------------|-------------------|--------------------------|
| Linsengeometrie | | <input type="checkbox"/> |
| Kontaktlinsenmaterial | | <input type="checkbox"/> |
| Kontaktlinsenpflegemittel | | <input type="checkbox"/> |
| Tragekomfort | Spontan | <input type="checkbox"/> |
| | Nach ... Minuten | <input type="checkbox"/> |
| | Nach ... Tagen | <input type="checkbox"/> |
| Sitzverhalten | Bewegung | <input type="checkbox"/> |
| | Zentrierung | <input type="checkbox"/> |
| | Benetzung | <input type="checkbox"/> |
| | Fluoreszeinbild | <input type="checkbox"/> |
| Visuskontrolle | Monokular OD / OS | <input type="checkbox"/> |
| | Binokular | <input type="checkbox"/> |

Demonstration / Aufklärung

| | |
|-----------------------------------|--------------------------|
| Kontaktlinsenaufsetzen | <input type="checkbox"/> |
| Kontaktlinsenabsetzen | <input type="checkbox"/> |
| Reinigen von Kontaktlinsen | <input type="checkbox"/> |
| Tragemodus | <input type="checkbox"/> |
| Kontrolltermin | <input type="checkbox"/> |