


<b>Behandlungsbogen</b> <b>RETINALER VENENVERSCHLUSS</b>	 <small>UNIVERSITÄTS AUGENKLINIK BONN</small> <small>Universitäts-Augenklinik Bonn Direktor: Prof. Dr. F. G. Holz</small>	Datum der Erstuntersuchung:
Name, Vorname:		Geb.-Datum:
<input type="checkbox"/> Zentralvenenverschluss (ZVV) <input type="checkbox"/> Venenastverschluss (VAV)		<input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> LA
Datum des Ereignisses:		Ggf. Lokalisation:

Labordiagnostik				
		Ergebnis		Datum
		o.B.	pathologisch	
	Standard-Labor, kleines BB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	CRP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Blutfette (nüchtern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Gerinnungsdiagnostik Stufe 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ggf. Thrombophiliediagnostik (bei Rezidiv und/oder Pat. < 50J; Stufe 2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Weitere Diagnostik				
		Ergebnis		Datum
		o.B.	pathologisch	
	SD-OCT: Makulaödem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Fluoreszein-Angiographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	EKG (1. Tag)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ggf. Langzeit-EKG (Tel. 16568)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	RR-Messung, 4fach (1. Tag)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ggf. Langzeit-RR (Tel. 16568)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Therapie		
	Erfolgt	Datum
Trental i.v. nach Schema	<input type="checkbox"/>	
Ggf. intravitreale Anti-VEGF- oder Steroid-Injektin	<input type="checkbox"/>	