

	AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	UV*
Gebühr frei								
Geb.-pfl.	Name, Vorname des Versicherten							geboren am:
noctu								
Sonstige								
Unfall	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.			Status			
Arbeits-unfall	Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis			Datum			

**PIRATOPLAST®**  
Sanft zur Kinderhaut

Praxisstempel:

Vielen Dank für Ihre Überweisung  
und freundliche Grüße

Augenarzt/-ärztin, Orthoptistin

## Augenärztlich/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

**Stereosehen**  ja  nein

**Fusion**  ja  nein

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

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

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

**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)