



Klinischer Fragebogen für RetChip-Untersuchung

Version: 01.02.2012

Allgemeine Informationen																																						
Name des Patienten: _____	Geburtsdatum: ____/____/____																																					
Status:	<input type="checkbox"/> symptomatisch <input type="checkbox"/> asymptomatisch																																					
Klinische Verdachtsdiagnose:	<input type="checkbox"/> Retinitis pigmentosa* (min. 2 Fälle/Familie) <input type="checkbox"/> Zapfen-Stäbchen-Dystrophie* (min. 2 Fälle/Familie) <input type="checkbox"/> M. Stargardt <input type="checkbox"/> Makuladystrophie (außer M. Stargardt) <input type="checkbox"/> _____																																					
Symptomatik:	<input type="checkbox"/> unilateral <input type="checkbox"/> bilateral <input type="checkbox"/> segmentförmig																																					
*Erbgang:	<input type="checkbox"/> Einzelfall <input type="checkbox"/> min. 2 manifest betroffene Familienangehörige																																					
Molekulargenetische Vorbefunde:																																						
Augenärztliche Informationen																																						
Soweit vorhanden, bitte alle relevanten Befunde in Kopie mitschicken!																																						
Manifestationsalter: _____ Jahre																																						
Erstsymptom(e):	<input type="checkbox"/> Nachtblindheit <input type="checkbox"/> Visusverlust <input type="checkbox"/> Blendungsempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Gesichtsfeldausfall <input type="checkbox"/> Nystagmus																																					
In welcher Augenklinik, bzw. bei welchem Augenarzt ist der Patient in regelmäßiger Betreuung?																																						

Folgende Untersuchungen wurden bereits durchgeführt:																																						
<table border="0"><thead><tr><th>Ja</th><th>Nein</th><th>n.b.</th><th></th></tr></thead><tbody><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Ophthalmoskopie</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Fundusautofluoreszenz</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Optische Kohärenz-Tomographie (OCT)</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Perimetrie</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Ganzfeld-Elektroretinogramm (ERG)</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Multifokales ERG (mfERG)</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Elektro-Okulogramm (EOG)</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Sonstiges: _____</td></tr></tbody></table>	Ja	Nein	n.b.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ophthalmoskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fundusautofluoreszenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Optische Kohärenz-Tomographie (OCT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perimetrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ganzfeld-Elektroretinogramm (ERG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Multifokales ERG (mfERG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elektro-Okulogramm (EOG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges: _____		
Ja	Nein	n.b.																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ophthalmoskopie																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fundusautofluoreszenz																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Optische Kohärenz-Tomographie (OCT)																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perimetrie																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ganzfeld-Elektroretinogramm (ERG)																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Multifokales ERG (mfERG)																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elektro-Okulogramm (EOG)																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges: _____																																			
n.b. = nicht bekannt																																						
Einsender																																						
Name des Einsenders (leserlich): _____	Telefonnummer: _____																																					
Anschrift: _____																																						

Telefonische Rücksprache Dres. Langmann, Herbst, Schönbuchner.: (+49) 0941-944 5410