

**Augenärztliche Untersuchung vor Transplantation**

**Telefon: 06841/16-15857**  
**Fax: 06841/16-15839**

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

**Indikation:** Infektionsherde bzw. Malignome müssen vor Transplantation aufgrund der erforderlichen Immunsuppression saniert werden.

<b>Befund</b>			
Augeninnendruck (mmHg)	RA:	LA:	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> erhöht
Visus	RA:	LA:	<input type="checkbox"/> c.c. <input type="checkbox"/> s.c.
Linse	<input type="checkbox"/> klar <input type="checkbox"/> Cataract		
Fundus	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> pathologisch:		
Retina	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> pathologisch:		
Infekthinweise?			
Sonstiges?			

**Weitere zwingend notwendige Behandlung vor Transplantation**

**Notwendige Kontrolle bzw. Procedere**

Datum	Praxisstempel / Unterschrift