



Nur für den Internen Gebrauch:

Fall ID: \_\_\_\_\_

## Checkliste für em.era imaging

### Persönliche Angaben

Geschlecht\*  weiblich  männlich Geburtsdatum\* \_\_\_\_\_

Nachname\* \_\_\_\_\_ Vorname\* \_\_\_\_\_ Titel \_\_\_\_\_

### Kontaktdaten zum Ergebnisversand

Straße/Hsnr\* \_\_\_\_\_ PLZ\* \_\_\_\_\_

Ort\* \_\_\_\_\_ Land\* \_\_\_\_\_

E-Mail\* \_\_\_\_\_

### Allgemeine Informationen

Visus (cc)*	Rechtes Auge: _____	Linkes Auge: _____
Herzerkrankung*	<input type="radio"/> Selbst mal erlitten	<input type="radio"/> in der Familie bekannt <input type="radio"/> Nein
Schlaganfall*	<input type="radio"/> Selbst mal erlitten	<input type="radio"/> in der Familie bekannt <input type="radio"/> Nein
Herz/Kreislauf	Gewicht (Kg)* _____	Größe (cm)* _____ Blutdruck (RR) ____ / ____
	<input type="radio"/> Bluthochdruck*	<input type="radio"/> unbehandelt <input type="radio"/> Nein
Diabetes*	<input type="radio"/> Seit _____ Jahren	HbA1C _____ <input type="radio"/> Nein
	<input type="radio"/> Insulinpflichtig	
Rauchen*	<input type="radio"/> Aktuell Raucher	<input type="radio"/> Ex-Raucher
	seit _____ Jahren _____ Packungen/Tag	

\* Pflichtfelder