Frühgeborenenretinopathie - PASS

Das unten genannte Kind befindet sich in augenärztlicher Nachkontrolle nach behandelter Frühgeborenenretinopathie.

Bitte achten Sie darauf, dass keine der augenärztlichen Kontrollen ausfällt.

für _____ Geb.datum:_____

Gestationsalter:_____ Geb.gew.:_____

ROP Erstbehandlung am: _____ Therapieart: _____ durchgeführt von: _____ Telefon: _____

ggf. zweite Behandlung am: _____ Therapieart: _____ durchgeführt von: _____ Telefon: _____

ggf. dritte Behandlung am: _____ Therapieart: _____ durchgeführt von: _____ Telefon: _____

Nachkontrollen (Datum)	**Befund Rechtes Auge**	**Befund Linkes Auge**	**Nächste Kontrolle (geplantes Datum)**	**Bemerkung**

Bitte diesen Pass in das gelbe U-Heft einlegen.