

IVBV-Verlaufsprotokoll zur Dokumentation einer binokularen Korrektur gemäß MKH

● **Datum der Bestimmung:** _____

● **Bestimmer**

Name: _____ Vorname: _____ in Firma: _____
Praxis: _____ (Stempel)

● **Klient**

ID-Nr: _____ männlich weiblich Geburtsjahr: _____ Pupillenabstand: _____ mm

● **Grund des Besuchs:**

Wunsch nach neuer Brille Schlechtes Sehen Anstrengungsbeschwerden Sehstörungen
 Empfehlung: _____ Sonstiges: _____

● **Vom Klienten geschilderte Probleme:**

● **Erfragte Probleme, die binokular bedingt sein können:**

● **Vorgeschichte**

Kindheit: _____

Sehschule? Ja, und zwar von _____ bis _____ Nein
Augenpflaster? Ja, und zwar von _____ bis _____ Nein
Bereits Brille getragen? Ja, und zwar von _____ bis _____ Nein
Bereits Prismen getragen? Ja, und zwar von _____ bis _____ Nein
Bereits Kontaktlinsen getragen? Ja, und zwar von _____ bis _____ Nein
Augen-Operation? Ja, und zwar wegen _____ im Jahre _____ Nein

● **Letzter Augenarzt-Besuch**

Monat / Jahr: _____; Brille verordnet? Ja Nein falls ja: mit Prismen? Ja Nein
zur Zeit in Behandlung wegen: _____ Augenerkrankung festgestellt? Ja Nein
Wurde (erneuter) Augenarztbesuch empfohlen? Ja, wegen _____ Nein

● **Sonstige medizinische Aspekte**

(z.B. akute Beschwerden und Erkrankungen, frühere OP im Kopfbereich, Schilddrüsen-Erkrankung, Multiple Sklerose, Schlaganfall, Muskellähmungen):

● **Ergebnis der Augenglasbestimmung:**

		sph	cyl	A	pr	B	pr	B	Add	V _{cc} mon	V _{cc} bin
gemessen	R										
	L										
abgegeben	R										
	L										

● **Stereogrenzwinkel** am D5 D6 D9...

...vor der MKH-Messung (mit monokular-refraktiver Vollkorrektur) nach vorne: _____ nach hinten: _____
...am Ende der MKH-Messung (mit binokular-prismatischer Vollkorrektur) nach vorne: _____ nach hinten: _____

● **Mittenabstand der Messbrille** am Ende der Augenglasbestimmung: _____ mm

● **Stereo-Sehgleichgewicht** erreicht? Ja Nein Falls ja: FD II / 1 2 3 4 5 6

● **Vereinbarter Kontrolltermin:** _____

● **Datum der Kontrolle:** _____

● **Bestimmer**

Name: _____ Vorname: _____ in Firma: _____
Praxis: _____ (Stempel)

● **Klient**

ID-Nr: _____ männlich weiblich Geburtsjahr: _____ Pupillenabstand: _____ mm

● **Veränderungen der Probleme:**

● **Wann wurde die Brille getragen?**

- immer
 gelegentlich, und zwar bei _____
 nie

● **Bewertung durch den Klienten:**

- deutlich gebessert etwas gebessert unverändert schlechter

● **Ergebnis der Augenglasbestimmung:**

		sph	cyl	A	pr	B	pr	B	Add	V _{cc} mon	V _{cc} bin
gemessen	R										
	L										
abgegeben	R										
	L										

● **Stereogrenzwinkel** am D5 D6 D9...

...vor der MKH-Messung (mit monokular-refraktiver Vollkorrektion) nach vorne: _____ nach hinten: _____

...am Ende der MKH-Messung (mit binokular-prismatischer Vollkorrektion) nach vorne: _____ nach hinten: _____

● **Mittenabstand der Messbrille** am Ende der Augenglasbestimmung: _____ mm

● **Unterart der FD II** (nur bei erreichtem Stereo-Sehgleichgewicht!): FD II / 1 2 3 4 5 6

● **Weiteres Vorgehen:**

- Keine Veränderung der abgegebenen Prismenkorrektion
 Abbruch der Prismenkorrektion, weil

● **Nächster vereinbarter Kontrolltermin:** _____

● **Bemerkungen:**

