

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

## Erstbehandlung Dokumentationsbogen des Operateurs

zur intravitrealen Medikamenteneingabe von  
VEGF-Hemmern bei der feuchten  
altersbedingten Makuladegeneration

**Befund/Behandlungsdaten:**     rechtes Auge     linkes Auge

**Frühere Therapie:**     keine     intravit. Injektion     PDT

**Befunde vor der 1. Injektion vom:** \_\_\_\_\_

(Fluoreszenzangiogramm angefügt)

**Visus:cc**

**RA:** \_\_\_\_\_    **LA:** \_\_\_\_\_

überwiegend klassische CNV

minimal klassische CNV

okkulte CNV mit Progression

seröse PE-Abhebung

Angaben zur Befundverschlechterung:

1. Visusminderung seit \_\_\_\_\_ Wochen

2. Durchmesser der CNV \_\_\_\_\_ µm

3. Metamorphopsien:     keine     geringe     deutliche

4.     subretinale Flüssigkeit     subretinales Blut

**Befunde vor der 2. Injektion vom:** \_\_\_\_\_

**Visus:cc**

**RA:** \_\_\_\_\_    **LA:** \_\_\_\_\_

subj. Visus:     besser     gleich     schlechter

Komplikationen: \_\_\_\_\_

**Befunde vor der 3. Injektion vom:** \_\_\_\_\_

**Visus:cc**

**RA:** \_\_\_\_\_    **LA:** \_\_\_\_\_

subj. Visus:     besser     gleich     schlechter

Komplikationen: \_\_\_\_\_

Aufkleber: **1. Injektion**

Aufkleber: **2. Injektion**

Aufkleber: **3. Injektion**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des behandelnden Arztes

\_\_\_\_\_  
Vertragsarztstempel

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

## Wieder-/Weiterbehandlung Dokumentationsbogen des Operators

zur intravitrealen Medikamenteneingabe von  
VEGF-Hemmern bei der feuchten  
altersbedingten Makuladegeneration

**Befund/Behandlungsdaten:**     rechtes Auge     linkes Auge

**Befunde vor dem \_\_\_\_\_ Wieder-/Weiterbehandlungszyklus vom: \_\_\_\_\_**  
(Fluoreszenzangiogramm und ggf. OCT angefügt)

**Visus:**    **nach letzter Injektion:**    **cc**    **RA:** \_\_\_\_\_    **LA:** \_\_\_\_\_  
**bei letzter Kontrolluntersuchung:**    **cc**    **RA:** \_\_\_\_\_    **LA:** \_\_\_\_\_

Nachweise erneute/weitere Aktivität:

1. Fluoreszenzangiographie: Zunahme/Persistenz Leckage     ja     nein
2. OCT: Zunahme/Persistenz intraretinales Ödem     ja     nein
3. neue intra-, subretinale Blutung     ja     nein
4. Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Befunde vor der 2. Injektion vom: \_\_\_\_\_**

**Visus:cc**

**RA:** \_\_\_\_\_    **LA:** \_\_\_\_\_

subj. Visus:     besser     gleich     schlechter

Komplikationen: \_\_\_\_\_

**Befunde vor der 3. Injektion vom: \_\_\_\_\_**

**Visus:cc**

**RA:** \_\_\_\_\_    **LA:** \_\_\_\_\_

subj. Visus:     besser     gleich     schlechter

Komplikationen: \_\_\_\_\_

Aufkleber: **1. Injektion**

Aufkleber: **2. Injektion**

Aufkleber: **3. Injektion**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des behandelnden Arztes

\_\_\_\_\_  
Vertragsarztstempel