

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Wieder-/Weiterbehandlung Dokumentationsbogen des Operateurs

zur intravitrealen Medikamenteneingabe von VEGF-Hemmern bei Makulaödem als Folge eines VAV oder ZVV

Medikament:

- Bevacizumab
 Ranibizumab
 Lucentis®

Befund/Behandlungsdaten:

- rechtes Auge linkes Auge

Befunde vor der Wieder-/Weiterbehandlung vom: _____

(Fluoreszenzangiogramm/geeignete Dokumentation angefügt)

- Visusverbesserung (aber < 1.0) nach letzter Injektion mit Rest-Makulaödem

Visus: cc vor Injektion

RA: _____ LA: _____

Visus: cc 1 Monat nach letzter Injektion

RA: _____ LA: _____

FAG

sonstige geeignete Dokumentation

RA: _____ Mikrometer LA: _____ Mikrometer

- erneute Visusminderung mit erneutem Makulaödem

Visus: cc bei letzter Kontrolle

RA: _____ LA: _____

Visus: cc aktueller Visus

RA: _____ LA: _____

FAG

sonstige geeignete Dokumentation

RA: _____ Mikrometer LA: _____ Mikrometer

Aufkleber:
1. weitere Injektion

Aufkleber:
2. weitere Injektion

Ort, Datum

Unterschrift des behandelnden Arztes

Vertragsarztstempel