

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

Erstbehandlung
Dokumentationsbogen
des nachbehandelnden Augenarztes

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

Medikament:

- Bevacizumab
 Ranibizumab
 Lucentis®

Befund/Behandlungsdaten:

rechtes Auge

linkes Auge

Erstbehandlung am: _____ durch: _____

Befunde nach der 1. Behandlung vom _____:

Visus:cc _____ Tensio: ____ mmHg

Komplikationen: _____

Datum: _____

Visus:cc _____ Tensio: ____ mmHg

Komplikationen: _____

Datum: _____

Befunde nach der 2. Behandlung vom _____:

Visus:cc _____ Tensio: ____ mmHg

Komplikationen: _____

Datum: _____

Visus:cc _____ Tensio: ____ mmHg

Komplikationen: _____

Datum: _____

Befunde nach der 3. Behandlung vom _____:

Visus:cc _____ Tensio: ____ mmHg

Komplikationen: _____

Datum: _____

Visus:cc _____ Tensio: ____ mmHg

Komplikationen: _____

Datum: _____

Ort, Datum

Unterschrift des behandelnden Arztes

Vertragsarztstempel