

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

**Wieder-/Weiterbehandlung**  
**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**

Beginn des \_\_\_\_ Wieder-/Weiterbehandlungszyklus am: \_\_\_\_\_

**Befunde nach der Wieder-/Weiterbehandlung vom \_\_\_\_\_:**

Visus:cc \_\_\_\_\_ Tensio: \_\_\_\_ mmHg

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

Datum:

Visus:cc \_\_\_\_\_ Tensio: \_\_\_\_ mmHg

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

Datum:

**Befunde nach der Wieder-/Weiterbehandlung vom \_\_\_\_\_:**

Visus:cc \_\_\_\_\_ Tensio: \_\_\_\_ mmHg

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

Datum:

Visus:cc \_\_\_\_\_ Tensio: \_\_\_\_ mmHg

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

Datum:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum\_\_\_\_\_  
Unterschrift des behandelnden Arztes\_\_\_\_\_  
Vertragsarztstempel