

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

Wieder-/Weiterbehandlung Dokumentationsbogen des Operators

zur intravitrealen Medikamenteneingabe von Dexamethason bei
Makulaödem als Folge eines VAV oder ZVV

Medikament:
Ozurdex®

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 frühestens 3 Monate 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

Ort, Datum

Unterschrift des behandelnden Arztes

Vertragsarztstempel