

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 Dexamethason bei  
Makulaödem als Folge eines VAV oder ZVV

**Medikament:**  
Ozurdex®

**Befund/Behandlungsdaten:**

rechtes Auge

linkes Auge

Erstbehandlung am: \_\_\_\_\_ durch: \_\_\_\_\_

**Befunde nach Behandlung vom \_\_\_\_\_:**

Visus:cc \_\_\_\_\_ Tensio: \_\_\_\_mmHg

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

Datum: \_\_\_\_\_

Visus:cc \_\_\_\_\_ Tensio: \_\_\_\_mmHg

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

Datum: \_\_\_\_\_

Visus:cc \_\_\_\_\_ Tensio: \_\_\_\_mmHg

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

Datum: \_\_\_\_\_

Visus:cc \_\_\_\_\_ Tensio: \_\_\_\_mmHg

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

Datum: \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_  
Vertragsarztstempel