

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

**Wieder-/Weiterbehandlung**  
**Dokumentationsbogen**  
**des nachbehandelnden**  
**Augenarztes**

zur intravitrealen Medikamenteneingabe von  
 VEGF-Hemmern bei der Diabetischen  
 Makulopathie

Medikament:

- Bevacizumab  
 Ranibizumab  
 Lucentis®

**Befund/Behandlungsdaten:**

- rechtes Auge                       linkes Auge

a. Erstbehandlung am: \_\_\_\_\_ durch: \_\_\_\_\_

b. 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