

### Anlage 3

Vertrag zur besonderen ambulanten augenchirurgischen Versorgung

Zutreffendes bitte ankreuzen:

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

- Feuchte altersabhängige Makuladegeneration (AMD)
- Diabetisches Makulaödem (DMÖ)
- Makulaödem nach retinalen Venenverschlüssen (RVV)
- Choroidale Neovaskularisation (CNV) bei anderen Erkrankungen als der neovaskulären altersbedingten Makuladegeneration
- Nicht infektiöse Uveitis des posterioren Segments und Makulaödem in Folge einer Uveitis

### Bestätigung des behandelnden Arztes

Ich habe den am Vertrag teilnehmenden o. a. Patienten über seine Erkrankung und die alternativen therapeutischen Möglichkeiten aufgeklärt sowie über die Natur und Prognose seiner Augenerkrankung informiert.

Alle Fragen, die der o. a. Patient zu seiner Behandlung gestellt hat, wurden beantwortet. Im Anschluss an das Gespräch habe ich dem o. a. Patienten das Original dieser Bescheinigung ausgehändigt.

Der o.a. Patient hat sich nach meiner eingehenden Aufklärung für die Therapie mit

\_\_\_\_\_ am  rechten Auge  linken Auge

und den damit verbundenen operativen Eingriffen entschieden.

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

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

\_\_\_\_\_  
Vertragsarztstempel

Klinikdaten:

### Bestätigung des Patienten

Die o. g. Angaben werden bestätigt und mein behandelnder Arzt wird gebeten, das von mir gewählte Medikament bzw. den von mir gewählten Wirkstoff zu beschaffen. Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt im Rahmen dieses Auftrages meine Rezeptdaten (Name, Vorname, Kontaktdaten, Geschlecht, Geburtsdatum, Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus) an die Lieferapotheke übermittelt.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten