

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

Dokumentationsbogen Operator/Verlaufskontrolleur

zur intravitrealen operativen Medikamentenapplikation
von VEGF-Hemmern/Steroiden bei der
Diabetischen Makulopathie

1. Behandlungszyklus:

Befund bei Indikationsstellung und vor 1. Injektion (Fluoreszenzangiogramm + SD-OCT des beh. Auges angefügt)

Frühere Therapie keine intravitreale Injektion Laser

Behandlungsdatum: _____ RA LA

Visus:cc: RA: _____ LA: _____ Visusminderung seit _____ Wochen

Diabetisches Makulaödem mit fovealer Beteiligung

Hb1Ac-Wert: _____ in % oder mmol/mol **Blutdruck:** ____/____ mmHg

Befund vor 2. Injektion:

Behandlungsdatum: _____

Visus:cc: RA: _____ LA: _____ Komplikationen: _____

Befund vor 3. Injektion:

Behandlungsdatum: _____

Visus:cc: RA: _____ LA: _____ Komplikationen: _____

Befund vor 4. Injektion:

Behandlungsdatum: _____

Visus:cc: RA: _____ LA: _____ Komplikationen: _____

Aufkleber: 1. Injektion	Aufkleber: 2. Injektion	Aufkleber: 3. Injektion
Aufkleber: 4. Injektion	oder	

1. Behandlung

Befund bei Indikationsstellung (Fluoreszenzangiogramm + SD-OCT des beh. Auges angefügt)

Frühere Therapie keine intravitreale Injektion Laser

Behandlungsdatum: _____ RA LA

Visus:cc: RA: _____ LA: _____ Visusminderung seit _____ Wochen

Diabetisches Makulaödem mit fovealer Beteiligung

Hb1Ac-Wert: _____ in % oder mmol/mol **Blutdruck:** ____/____ mmHg

Aufkleber: Injektion

Befund bei 1. Verlaufskontrolle

(ca. alle 4 Wochen nach Injektion bei VEGF-Inhibitoren; bei Steroiden ca. alle 4 – 6 Wochen nach Injektion; SD-OCT/ggf. FAG des behandelten Auges beigefügt):

Behandlungsdatum: _____ Visus:cc: _____ RA: _____ LA: _____

Kommentarfeld _____

Klinischer und SD-OCT Befund:

Visus: besser unverändert schlechter SD-OCT: besser unverändert schlechter

Kriterium analog Stellungnahme:

Erfolgskriterium* Wirksamkeitskriterium** Wiederbehandlungskriterium*** (nach Behandlungspause)

Feststellung/Empfehlung (gem. Stellungnahme):

erneute Therapie Therapiewechsel Therapiepause Kontrolle am: _____

Unterbrechung/Abbruch:

durch Arzt durch Patient Grund: _____

Befund bei 2. Verlaufskontrolle (SD-OCT/ggf. FAG des behandelten Auges beigefügt):

Behandlungsdatum: _____ Visus:cc: _____ RA: _____ LA: _____

Kommentarfeld _____

Klinischer und SD-OCT Befund:

Visus: besser unverändert schlechter SD-OCT: besser unverändert schlechter

Kriterium analog Stellungnahme:

Erfolgskriterium* Wirksamkeitskriterium** Wiederbehandlungskriterium*** (nach Behandlungspause)

Feststellung/Empfehlung (gem. Stellungnahme):

erneute Therapie Therapiewechsel Therapiepause Kontrolle am: _____

Unterbrechung/Abbruch:

durch Arzt durch Patient Grund: _____

Befund bei 3. Verlaufskontrolle (SD-OCT/ggf. FAG des behandelten Auges beigefügt):

Behandlungsdatum: _____ Visus:cc: _____ RA: _____ LA: _____

Kommentarfeld _____

Klinischer und SD-OCT Befund:

Visus: besser unverändert schlechter SD-OCT: besser unverändert schlechter

Kriterium analog Stellungnahme:

Erfolgskriterium* Wirksamkeitskriterium** Wiederbehandlungskriterium*** (nach Behandlungspause)

Feststellung/Empfehlung (gem. Stellungnahme):

erneute Therapie Therapiewechsel Therapiepause Kontrolle am: _____

Unterbrechung/Abbruch:

durch Arzt durch Patient Grund: _____

Befund bei 4. Verlaufskontrolle (SD-OCT/ggf. FAG des behandelten Auges beigefügt):

Behandlungsdatum: _____ Visus:cc: _____ RA: _____ LA: _____

Kommentarfeld _____

Klinischer und SD-OCT Befund:

Visus: besser unverändert schlechter SD-OCT: besser unverändert schlechter

Kriterium analog Stellungnahme:

Erfolgskriterium* Wirksamkeitskriterium** Wiederbehandlungskriterium*** (nach Behandlungspause)

Feststellung/Empfehlung (gem. Stellungnahme):

erneute Therapie Therapiewechsel Therapiepause Kontrolle am: _____

Unterbrechung/Abbruch:

durch Arzt durch Patient Grund: _____

** voller Visus und/oder kein Odem

*** Ödemabnahme >10% -Visusverbesserung ≥ 1 Zeile

relevante Ödemzunahme – ödembedingte Visusverschlechterung

Befund bei 5. Verlaufskontrolle (SD-OCT/ggf. FAG des behandelten Auges beigefügt):

Behandlungsdatum: _____ Visus:cc: _____ RA: _____ LA: _____

Kommentarfeld _____

Klinischer und SD-OCT Befund:

Visus: besser unverändert schlechter SD-OCT: besser unverändert schlechter

Kriterium analog Stellungnahme:

Erfolgskriterium* Wirksamkeitskriterium** Wiederbehandlungskriterium*** (nach Behandlungspause)

Feststellung/Empfehlung (gem. Stellungnahme):

erneute Therapie Therapiewechsel Therapiepause Kontrolle am: _____

Unterbrechung/Abbruch:

durch Arzt durch Patient Grund: _____

Befund bei 6. Verlaufskontrolle (SD-OCT/ggf. FAG des behandelten Auges beigefügt):

Behandlungsdatum: _____ Visus:cc: _____ RA: _____ LA: _____

Kommentarfeld _____

Klinischer und SD-OCT Befund:

Visus: besser unverändert schlechter SD-OCT: besser unverändert schlechter

Kriterium analog Stellungnahme:

Erfolgskriterium* Wirksamkeitskriterium** Wiederbehandlungskriterium*** (nach Behandlungspause)

Feststellung/Empfehlung (gem. Stellungnahme):

erneute Therapie Therapiewechsel Therapiepause Kontrolle am: _____

Unterbrechung/Abbruch:

durch Arzt durch Patient Grund: _____

* voller Visus und/oder kein Odem
** Ödemabnahme >10% - Visusverbesserung ≥ 1 Zeile
*** relevante Ödemzunahme – ödembedingte Visusverschlechterung

Fortsetzung Behandlungszyklus nach Therapiepause bzw. direkt nach ersten 4 Injektionen:

Befund bei Wiederbehandlung vor 1. erneuter Injektion

Behandlungsdatum: _____

RA

LA

Visus:cc: RA: _____ LA: _____

Visusminderung seit _____ Wochen

Befund siehe Dokumentation _____ Verlaufskontrolle nach 1. Behandlungszyklus

Befund vor 2. Injektion:

Behandlungsdatum: _____

Visus:cc: RA: _____ LA: _____

Komplikationen: _____

Aufkleber: 1. Injektion

Aufkleber: 2. Injektion

oder

2. Behandlung:

Befund bei Wiederbehandlung vor 1. erneuter Injektion

Behandlungsdatum: _____

RA

LA

Visus:cc: RA: _____ LA: _____

Visusminderung seit _____ Wochen

Befund siehe Dokumentation _____ Verlaufskontrolle nach 1. Behandlung

Aufkleber: Injektion

Befund bei 1. Verlaufskontrolle

(ca. alle 4 Wochen nach Injektion bei VEGF-Inhibitoren; bei Steroiden ca. alle 4 – 6 Wochen nach Injektion; SD-OCT/ggf. FAG des behandelten Auges beigefügt):

Kommentarfeld _____

Klinischer und SD-OCT Befund:

Visus: besser unverändert schlechter SD-OCT: besser unverändert schlechter

Kriterium analog Stellungnahme:

Erfolgskriterium* Wirksamkeitskriterium** Wiederbehandlungskriterium*** (nach Behandlungspause)

Feststellung/Empfehlung (gem. Stellungnahme):

erneute Therapie Therapiewechsel Therapiepause Kontrolle am: _____

Unterbrechung/Abbruch:

durch Arzt durch Patient Grund: _____

* voller Visus und/oder kein Ödem
** Ödemabnahme >10% - Visusverbesserung \geq 1 Zeile
*** relevante Ödemzunahme – ödembedingte Visusverschlechterung

Befund bei 2. Verlaufskontrolle (SD-OCT/ggf. FAG des behandelten Auges beigefügt):

Behandlungsdatum: _____ Visus:cc: _____ RA: _____ LA: _____

Kommentarfeld _____

Klinischer und SD-OCT Befund:

Visus: besser unverändert schlechter SD-OCT: besser unverändert schlechter

Kriterium analog Stellungnahme:

Erfolgskriterium* Wirksamkeitskriterium** Wiederbehandlungskriterium*** (nach Behandlungspause)

Feststellung/Empfehlung (gem. Stellungnahme):

erneute Therapie Therapiewechsel Therapiepause Kontrolle am: _____

Unterbrechung/Abbruch:

durch Arzt durch Patient Grund: _____

Befund bei 3. Verlaufskontrolle (SD-OCT/ggf. FAG des behandelten Auges beigefügt):

Behandlungsdatum: _____ Visus:cc: _____ RA: _____ LA: _____

Kommentarfeld _____

Klinischer und SD-OCT Befund:

Visus: besser unverändert schlechter SD-OCT: besser unverändert schlechter

Kriterium analog Stellungnahme:

Erfolgskriterium* Wirksamkeitskriterium** Wiederbehandlungskriterium*** (nach Behandlungspause)

Feststellung/Empfehlung (gem. Stellungnahme):

erneute Therapie Therapiewechsel Therapiepause Kontrolle am: _____

Unterbrechung/Abbruch:

durch Arzt durch Patient Grund: _____

Befund bei 4. Verlaufskontrolle (SD-OCT/ggf. FAG des behandelten Auges beigefügt):

Behandlungsdatum: _____ Visus:cc: _____ RA: _____ LA: _____

Kommentarfeld _____

Klinischer und SD-OCT Befund:

Visus: besser unverändert schlechter SD-OCT: besser unverändert schlechter

Kriterium analog Stellungnahme:

Erfolgskriterium* Wirksamkeitskriterium** Wiederbehandlungskriterium*** (nach Behandlungspause)

Feststellung/Empfehlung (gem. Stellungnahme):

erneute Therapie Therapiewechsel Therapiepause Kontrolle am: _____

Unterbrechung/Abbruch:

durch Arzt durch Patient Grund: _____

Befund bei 5. Verlaufskontrolle (SD-OCT/ggf. FAG des behandelten Auges beigefügt):

Behandlungsdatum: _____ Visus:cc: _____ RA: _____ LA: _____

Kommentarfeld _____

Klinischer und SD-OCT Befund:

Visus: besser unverändert schlechter SD-OCT: besser unverändert schlechter

Kriterium analog Stellungnahme:

Erfolgskriterium* Wirksamkeitskriterium** Wiederbehandlungskriterium*** (nach Behandlungspause)

Feststellung/Empfehlung (gem. Stellungnahme):

erneute Therapie Therapiewechsel Therapiepause Kontrolle am: _____

Unterbrechung/Abbruch:

durch Arzt durch Patient Grund: _____

* voller Visus und/oder kein Ödem
** Ödemabnahme >10% -Visusverbesserung ≥ 1 Zeile
*** relevante Ödemzunahme – ödembedingte Visusverschlechterung

Befund bei 6. Verlaufskontrolle (SD-OCT/ggf. FAG des behandelten Auges beigefügt):

Behandlungsdatum: _____ Visus:cc: _____ RA: _____ LA: _____

Kommentarfeld _____

Klinischer und SD-OCT Befund:

Visus: besser unverändert schlechter SD-OCT: besser unverändert schlechter

Kriterium analog Stellungnahme:

Erfolgskriterium* Wirksamkeitskriterium** Wiederbehandlungskriterium*** (nach Behandlungspause)

Feststellung/Empfehlung (gem. Stellungnahme):

erneute Therapie Therapiewechsel Therapiepause Kontrolle am: _____

Unterbrechung/Abbruch:

durch Arzt durch Patient Grund: _____

* voller Visus und/oder kein Ödem
** Ödemabnahme >10% - Visusverbesserung \geq 1 Zeile
*** relevante Ödemzunahme – ödembedingte Visusverschlechterung

3. Behandlungszyklus bei ununterbrochener Weiterbehandlung (nicht anzuwenden direkt nach initialem Upload [hier gilt 2-er Injektionsserie])

Befund bei Wiederbehandlung vor 1. erneuter Injektion

Behandlungsdatum: _____

RA LA

Visus:cc: RA: _____ LA: _____

Visusminderung seit _____ Wochen

Befund siehe Dokumentation _____ Verlaufskontrolle nach 2. Behandlungszyklus

Aufkleber: 1. Injektion

oder

3. Behandlung:

Befund bei Wiederbehandlung vor 1. erneuter Injektion

Behandlungsdatum: _____

RA LA

Visus:cc: RA: _____ LA: _____

Visusminderung seit _____ Wochen

Befund siehe Dokumentation _____ Verlaufskontrolle nach 2. Behandlungszyklus/2. Behandlung

Aufkleber: Injektion

Befund bei 1. Verlaufskontrolle

(ca. alle 4 Wochen nach Injektion bei VEGF-Inhibitoren; bei Steroiden ca. alle 4 – 6 Wochen nach Injektion; SD-OCT/ggf. FAG des behandelten Auges beigefügt):

Behandlungsdatum: _____ Visus:cc: _____ RA: _____ LA: _____

Kommentarfeld _____

Klinischer und SD-OCT Befund:

Visus: besser unverändert schlechter SD-OCT: besser unverändert schlechter

Kriterium analog Stellungnahme:

Erfolgskriterium* Wirksamkeitskriterium** Wiederbehandlungskriterium*** (nach Behandlungspause)

Feststellung/Empfehlung (gem. Stellungnahme):

erneute Therapie Therapiewechsel Therapiepause Kontrolle am: _____

Unterbrechung/Abbruch:

durch Arzt durch Patient Grund: _____

Befund bei 2. Verlaufskontrolle (SD-OCT/ggf. FAG des behandelten Auges beigefügt):

Behandlungsdatum: _____ Visus:cc: _____ RA: _____ LA: _____

Kommentarfeld _____

Klinischer und SD-OCT Befund:

Visus: besser unverändert schlechter SD-OCT: besser unverändert schlechter

Kriterium analog Stellungnahme:

Erfolgskriterium* Wirksamkeitskriterium** Wiederbehandlungskriterium*** (nach Behandlungspause)

Feststellung/Empfehlung (gem. Stellungnahme):

erneute Therapie Therapiewechsel Therapiepause Kontrolle am: _____

Unterbrechung/Abbruch:

durch Arzt durch Patient Grund: _____

* voller Visus und/oder kein Ödem
** Ödemabnahme >10% - Visusverbesserung ≥ 1 Zeile
*** relevante Ödemzunahme – ödembedingte Visusverschlechterung

Befund bei 3. Verlaufskontrolle (SD-OCT/ggf. FAG des behandelten Auges beigefügt):

Behandlungsdatum: _____ Visus:cc: _____ RA: _____ LA: _____

Kommentarfeld _____

Klinischer und SD-OCT Befund:Visus: besser unverändert schlechter SD-OCT: besser unverändert schlechterKriterium analog Stellungnahme: Erfolgskriterium* Wirksamkeitskriterium** Wiederbehandlungskriterium*** (nach Behandlungspause)Feststellung/Empfehlung (gem. Stellungnahme): erneute Therapie Therapiewechsel Therapiepause Kontrolle am: _____Unterbrechung/Abbruch: durch Arzt durch Patient Grund: _____**Befund bei 4. Verlaufskontrolle** (SD-OCT/ggf. FAG des behandelten Auges beigefügt):

Behandlungsdatum: _____ Visus:cc: _____ RA: _____ LA: _____

Kommentarfeld _____

Klinischer und SD-OCT Befund:Visus: besser unverändert schlechter SD-OCT: besser unverändert schlechterKriterium analog Stellungnahme: Erfolgskriterium* Wirksamkeitskriterium** Wiederbehandlungskriterium*** (nach Behandlungspause)Feststellung/Empfehlung (gem. Stellungnahme): erneute Therapie Therapiewechsel Therapiepause Kontrolle am: _____Unterbrechung/Abbruch: durch Arzt durch Patient Grund: _____**Befund bei 5. Verlaufskontrolle** (SD-OCT/ggf. FAG des behandelten Auges beigefügt):

Behandlungsdatum: _____ Visus:cc: _____ RA: _____ LA: _____

Kommentarfeld _____

Klinischer und SD-OCT Befund:Visus: besser unverändert schlechter SD-OCT: besser unverändert schlechterKriterium analog Stellungnahme: Erfolgskriterium* Wirksamkeitskriterium** Wiederbehandlungskriterium*** (nach Behandlungspause)Feststellung/Empfehlung (gem. Stellungnahme): erneute Therapie Therapiewechsel Therapiepause Kontrolle am: _____Unterbrechung/Abbruch: durch Arzt durch Patient Grund: _____**Befund bei 6. Verlaufskontrolle** (SD-OCT/ggf. FAG des behandelten Auges beigefügt):

Behandlungsdatum: _____ Visus:cc: _____ RA: _____ LA: _____

Kommentarfeld _____

Klinischer und SD-OCT Befund:Visus: besser unverändert schlechter SD-OCT: besser unverändert schlechterKriterium analog Stellungnahme: Erfolgskriterium* Wirksamkeitskriterium** Wiederbehandlungskriterium*** (nach Behandlungspause)Feststellung/Empfehlung (gem. Stellungnahme): erneute Therapie Therapiewechsel Therapiepause Kontrolle am: _____Unterbrechung/Abbruch: durch Arzt durch Patient Grund: _____* voller Visus und/oder kein Ödem
** Ödemabnahme >10% -Visusverbesserung ≥ 1 Zeile
*** relevante Ödemzunahme – ödembedingte Visusverschlechterung