

**Dokumentationsbogen
des nachbehandelnden Augenarztes**
zum Vertrag zur besonderen ambulanten augenchirurgischen
Versorgung

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

Indikation:

- AMD
- DMÖ
- RVV
- CNV
- Uveitis

Befund/Behandlungsdaten:

- rechtes Auge linkes Auge

a. Wirkstoff/Medikament: _____

b. Erstbehandlung am: _____ durch: _____

c. Beginn der/des ____ Wiederbehandlung/Wiederbehandlungszyklus am: _____

Befunde nach der 1. Behandlung vom: _____:

Visus:cc _____ Tensio: ____mmHg Komplikationen: _____ Datum: _____
--

Visus:cc _____ Tensio: ____mmHg Komplikationen: _____ Datum: _____
--

Befunde nach der 2. Behandlung vom: _____:

Visus:cc _____ Tensio: ____mmHg Komplikationen: _____ Datum: _____
--

Visus:cc _____ Tensio: ____mmHg Komplikationen: _____ Datum: _____
--

Befunde nach der 3. Behandlung vom: _____:

Visus:cc _____ Tensio: ____mmHg Komplikationen: _____ Datum: _____
--

Visus:cc _____ Tensio: ____mmHg Komplikationen: _____ Datum: _____
--

Befunde nach der 4. Behandlung vom: _____:

Visus:cc _____ Tensio: ____mmHg
Komplikationen: _____
Datum: _____

Visus:cc _____ Tensio: ____mmHg
Komplikationen: _____
Datum: _____

Befunde nach der 5. Behandlung vom: _____:

Visus:cc _____ Tensio: ____mmHg
Komplikationen: _____
Datum: _____

Visus:cc _____ Tensio: ____mmHg
Komplikationen: _____
Datum: _____

Befunde nach der 6. Behandlung vom: _____:

Visus:cc _____ Tensio: ____mmHg
Komplikationen: _____
Datum: _____

Visus:cc _____ Tensio: ____mmHg
Komplikationen: _____
Datum: _____

Befunde nach der 7. Behandlung vom: _____:

Visus:cc _____ Tensio: ____mmHg
Komplikationen: _____
Datum: _____

Visus:cc _____ Tensio: ____mmHg
Komplikationen: _____
Datum: _____

Befunde nach der 8. Behandlung vom: _____:

Visus:cc _____ Tensio: ____mmHg
Komplikationen: _____
Datum: _____

Visus:cc _____ Tensio: ____mmHg
Komplikationen: _____
Datum: _____

Befunde nach der 9. Behandlung vom: _____:

Visus:cc _____ Tensio: ____mmHg
Komplikationen: _____
Datum: _____

Visus:cc _____ Tensio: ____mmHg
Komplikationen: _____
Datum: _____

Ort, Datum

Vertragsarztstempel/
Unterschrift des behandelnden Arztes