

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

Anlage 4 a-
 Dokumentationsbogen Operateur
 IVOM/KNAPPSCHAFT

- AMD Uveitis
 DMÖ CNV
 VAV/ZVV

RA LA

Erstbehandlung Folgebehandlung

Befund vor 1. Injektion: (OCT-Aufnahme und ggf. FAG beifügen)

Visus (cc): _____ Visusminderung seit _____ Wochen Makulablutung

- Subretinale Flüssigkeit Intraretinale Flüssigkeit Progression RPE-Abhebung Sub-/Intraretinale Blutung MÖ mit Foveabeteiligung

Behandlungsdatum: _____ Begründung bei _____
 zeitlicher Abweichung _____

Bei T&E Schema Entscheidung:

Stabil + Injektion Aktivität + Injektion Verlaufskontrolle

Befund vor 2. Injektion:

Visus (cc): _____ Begründung bei _____

Behandlungsdatum: _____ zeitlicher Abweichung _____

Bei T&E Schema Entscheidung: (OCT-Aufnahme beifügen)

Stabil + Injektion Aktivität + Injektion Verlaufskontrolle

Befund vor 3. Injektion:

Visus (cc): _____ Begründung bei _____

Behandlungsdatum: _____ zeitlicher Abweichung _____

Bei T&E Schema Entscheidung: (OCT-Aufnahme beifügen)

Stabil + Injektion Aktivität + Injektion Verlaufskontrolle

Medikament-Aufkleber
Ggf. auf Rückseite kleben

Medikament-Aufkleber
Ggf. auf Rückseite kleben

Medikament-Aufkleber
Ggf. auf Rückseite kleben

Name/Unterschrift Operateur: _____