

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:** \_\_\_\_\_