

Arztstempel

**Dokumentationsbogen des Operateurs**

zur intravitrealen Medikamenteneingabe von VEGF-Hemmern / Glucocorticoiden bei exsudativen Makulopathien

**Patientendaten:**

Name: _____	Vorname: _____
Geb.-Datum: _____	Krankenkasse: _____

**Behandeltes Auge:**     rechts                                     links  
**Behandlungszyklus:**    Erstbehandlung             \_\_ . Wiederbehandlung  
**Frühere Therapie:**     keine     intravitreale Injektion     PDT     .....

**Befunde vor der 1. Injektion vom \_\_\_\_\_:**  
 (Fluoreszenzangiogramm / SD-OCT nur des behandelten Auges angefügt)

<b>DIAGNOSE:</b> AMD-CNV: <input type="radio"/> klassisch <input type="radio"/> okkulte CNV <input type="radio"/> seröse PE- Abhebung Makulaödem bei <input type="radio"/> Diabetes <input type="radio"/> Venenverschluss <input type="radio"/> choroidale Neovaskularisation bei pathologischer Myopie <input type="radio"/> akute posteriore Uveitis
--

<b>Visus (cc):</b> <b>RA:</b> _____ <b>LA:</b> _____	Medikament
Angaben zu Befundverschlechterung und zum Verlauf bei Wiederbehandlung: 1. <input type="radio"/> Visusminderung seit ____ Wochen <input type="radio"/> erneuter Visusabfall 2. <input type="radio"/> subretinale Flüssigkeit <input type="radio"/> subretinales Blut <input type="radio"/> weiterhin/neue Leckage <input type="radio"/> Zunahme Dicke OCT <b>Operateur: Name/Unterschrift:</b> _____	

**Befunde vor der 2. Injektion vom \_\_\_\_\_:**

<b>Visus (cc):</b> <b>RA:</b> _____ <b>LA:</b> _____	Medikament
subj. Visus: <input type="radio"/> besser <input type="radio"/> gleich <input type="radio"/> schlechter  Komplikationen: _____  <b>Operateur: Name/Unterschrift:</b> _____	

**Befunde vor der 3. Injektion vom \_\_\_\_\_:**

<b>Visus (cc):</b> <b>RA:</b> _____ <b>LA:</b> _____	Medikament
subj. Visus: <input type="radio"/> besser <input type="radio"/> gleich <input type="radio"/> schlechter  Komplikationen: _____  <b>Operateur: Name/Unterschrift:</b> _____	