

# DOKUMENTATIONSBOGEN

## Intravitreale Medikamenteneingabe (IVM)

(gemäß §§ 5 und 6 Qualitätssicherungs-Vereinbarung IVM)

Name, Vorname des Patienten (in Druckbuchstaben)  
\_\_\_\_\_

Geburtsdatum (TTMMJJJJ) \_\_\_\_\_

Praxisstempel

IVM	(zutreffendes bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links	Behandlungsdatum: .....
<p><b>Diagnosen</b> (zutreffendes bitte ankreuzen)</p> <p>a) <input type="checkbox"/> nAMD  b) <input type="checkbox"/> DMÖ  c) <input type="checkbox"/> MÖ bei VAV-ZVV  d) <input type="checkbox"/> CNV  e) <input type="checkbox"/> VMT, ggf. mit Makulaloch ≤ 400 µm  f) <input type="checkbox"/> nicht infektiöse Uveitis intermedia oder posterior</p>	<p><b>Medikament</b> (zutreffendes bitte ankreuzen)</p> <p><input type="checkbox"/> VEGF-Hemmer  <input type="checkbox"/> Steroid  <input type="checkbox"/> Ocriplasmin</p>	<p><b>Befund/Voruntersuchung</b> vom ..... (aktuell für die durchzuführende IVM)</p> <p>bestkorrigierter Visus (besser/gleich 1/20 bzw. 0,05):  .....</p> <p>Fundusbefund (ggf. als Anlage beifügen):  .....</p> <p>Bei Uveitis -Überweisung :  <input type="checkbox"/> ja Fachgebiet.....  <input type="checkbox"/> nein</p> <p>bei Uveitis -relevante Befunde (ggf. als Anlage beifügen):  .....</p>		
<p><input type="checkbox"/> die zu prüfende IVM wurde <b>erstmalig</b> durchgeführt = <b>Erstindikationsstellung:</b></p> <p><b>Diagnose a) – f)</b> → <b>repräsentative Angiographie-Bilder beifügen</b></p> <p><input type="checkbox"/> Leeraufnahme,  <input type="checkbox"/> frühe arterielle oder arteriovenöse Phase  <input type="checkbox"/> Spätphase (ab 3 Minuten nach Injektion)</p> <p><b>nur bei Diagnose a) und b)</b> → <b>repräsentative bildliche Dokumentation der OCT beifügen</b></p> <p><input type="checkbox"/> OCT-Schnittbild (1-3 Aufnahmen)  <input type="checkbox"/> Fundusbild aus dem sich die Schnittlage ergibt</p>				
<p><input type="checkbox"/> die zu prüfende IVM ist eine <b>Folgebehandlung:</b></p> <p>Datum der <b>letzten IVM*</b>: ..... (Mindestabstand beachten! ≤ 26 Tage bei VEGF-Hemmer, ≤ 12 Wochen bei Steroid)  (*vor der hier angeforderten IVM)</p> <p><b>Diagnose a) – f)</b> → <b>Angiographie-Bilder von Erstindikationsstellung beifügen:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Leeraufnahme  <input type="checkbox"/> frühe arterielle oder arteriovenöse Phase  <input type="checkbox"/> Spätphase (ab 3 Minuten nach Injektion)</p> <p><b>nur bei Diagnose a) und b)</b> → <b>Bilddokumentation der OCT bei mindestens jeder dritten Folgebehandlung beifügen:</b></p> <p><input type="checkbox"/> OCT-Schnittbild (1-3 Aufnahmen)  <input type="checkbox"/> Fundusbild aus dem sich die Schnittlage ergibt  (Schnitte möglichst an denselben Lokalisationen mit demselben Scanprotokoll und mit identischen Aufnahmeparametern)</p>				
<p>Anmerkungen/Besonderheiten:</p>				

-----  
Datum

-----  
Unterschrift