



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Dokumentationsbogen zur PDT

Name, Adresse und Telefonnummer des Arztes
(Leistungserbringer):

Patientendaten

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Auge der PDT:

Linkes Auge

rechtes Auge

Behandlungsparameter:

Erstbehandlung

Datum:

Visus mit bester Korrektur:

Folgebehandlung Nr.:

Datum:

Visus mit bester Korrektur vor dieser PDT

Visus mit bester Korrektur vor der Erstbehandlung:

Menge Verteprofin in ml:

Spotgröße des Behandlungsstrahls:

Hinweis: Bitte fügen Sie diesem Dokumentationsbogen immer mindestens je 1 repräsentatives, gut beurteilbares FLA-Bild ausreichender Qualität bestehend aus: Leeraufnahme, Früh- und Spätphase der Angiographie bei. Ohne die Vorlage einer bildlichen Dokumentation kann eine Beurteilung nicht erfolgen.