

Patientenanmeldung für intravitreale Injektionen

Sprechstunde mit OCT Fluo Kontrolle Nur Injektion

Name Patient

Anschrift

Geb. Datum

Telefon

Krankenkassen

Krankenkassen-Nummer

Diagnose

Fragestellung

Seite

OD OS

Diagnose:

Feuchte AMD Retinaler Venenverschluss
 Diabetisches Makulaödem Andere _____

Therapie:

Eylea
 Lucentis
 Beovu
 Ozurdex
 Avastin
 Triamcinolon

Nächste Kontrolle und Therapieentscheid bei privatem Augenarzt
 3er Serie in 4 Wochen Abstand

Nachkontrolle:

Post-Injektions-Kontrolle beim privaten Augenarzt
 Post-Injektions-Kontrolle im Videris Augenzentrum

Bemerkungen:

Datum: _____ Zuweiser (Stempel/Unterschrift): _____