

## 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): \_\_\_\_\_