

Arztstempel

Bitte zurücksenden an:

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Team Qualitätssicherung/ IVM
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt am Main

Patientendaten:

Name:

Geburtsdatum:

Dieser **Dokumentationsbogen** dient zur Überprüfung der ärztlichen Dokumentation gem. §§ 5 und 6 der Qualitätssicherungsvereinbarung IVM.
Bitte füllen Sie diesen **Bogen vollständig aus** und schicken den Bogen zusammen mit den **erforderlichen Anlagen** an die Kassenärztliche Vereinigung Hessen zurück. Bitte **beachten Sie auch das beiliegende Merkblatt**.

Zu prüfende IVM: rechtes Auge linkes Auge **Datum der IVM:**

Achtung: Der Teil A „Erstindikationsstellung“ ist auch bei Überprüfung von Folgebehandlungen unbedingt vollständig auszufüllen und die dazu erbrachten Bilddokumentationen (Fluoreszeinangiographie, ggf. OCT) sind zusätzlich mit einzureichen.

Teil A: Erstindikationsstellung zur IVM

Datum der Erstindikationsstellung: _____

Befund bei Erstindikationsstellung:

(bitte *vollständig* ausfüllen)

➤ **Bestkorrigierter Visus** (Korrektur bitte auch angeben)

Rechtes Auge: _____

Linkes Auge: _____

➤ **Detaillierter Fundusbefund:**

.....
.....
.....
.....
.....
.....

➤ bei Uveitis – Überweisung Hausarzt erfolgt?

.....
.....

➤ bei Uveitis – relevante Befunde:

.....
.....
.....

Gestellte Indikation

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- a) neovaskuläre (feuchte) altersabhängige Makuladegeneration (AMD)
- b) Visusbeeinträchtigung infolge eines diabetischen Makulaödems (DMÖ)
- c) Visusbeeinträchtigung infolge eines Makulaödems (MÖ) aufgrund eines retinalen Venenverschlusses [Venastverschluss (VAV) oder Zentralvenenverschluss (ZVV)]
- d) chorioidale Neovaskularisation (CNV)
- e) vitreomakuläre Traktion (VMT) bei Erwachsenen, auch im Zusammenhang mit einem Makulaloch ≤ 400 Mikrometer (μ) Durchmesser
- f) nicht infektiöse Entzündung des posterioren Augensegments (Uveitis intermedia und/oder posterior)
- g) proliferative diabetische Retinopathie

Medikament (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- VEGF-Hemmer
- Steroid
- Ocriplasmin

Einzureichende Bilddokumentationen der Erstindikationsstellung:

- **Fluoreszeinangiographie:**

Bei Diagnose **a – g**

Folgende aussagekräftige Fluoreszeinangiographiebilder beifügen:

1. Leeraufnahme
2. Aufnahmen aus der frühen arteriellen oder arteriovenösen Phase
3. Aufnahmen aus der Spätphase (ab 3 Minuten nach Injektion)

- **Zusätzlich OCT: Bei Diagnose **a und b****

Bitte beachten Sie:

Sollte aus *gesundheitlichen Gründen oder aufgrund eines unvorhergesehenen technischen Defekts* bei diesem Patienten **im Rahmen der Erstindikationsstellung zur IVM keine Fluoreszeinangiographie** durchgeführt worden sein,

- *vermerken Sie dies bitte auf diesem Bogen,*
- *legen – falls vorhanden - gerne OCT-Aufnahmen bei sowie*
- *idealerweise den Nachweis der Ablehnung durch den Patienten (z.B. unterschriebener Aufklärungsbogen).*

Weitere Angaben zur besseren Nachvollziehbarkeit

Behandlungsschema – zutreffendes bitte ankreuzen:

- Initiale Therapie
- Behandlungsstrategie nach der initialen Therapie
 - Feste Behandlungsintervalle
 - Injektionsintervalle:
 - Monatliche Therapie
 - Zweimonatliche Therapie
 - Dreimonatliche Therapie mit Reduktionsmöglichkeit auf 2 Monate
 - Behandlungsserien in Abhängigkeit von der Läsionsaktivität („pro re nata“ [PRN])
 - Modifikation des Behandlungsintervalls in Abhängigkeit von der Krankheitsaktivität („Treat & Extend“ [T&E])

Teil B: Indikationsstellung bei Folgebehandlung IVM:

Achtung: Der Teil B ist bei Überprüfung einer **Folgebehandlung unbedingt ebenfalls vollständig auszufüllen** und die dazu erbrachten **Bilddokumentationen (ggf. Fluoreszeinangiographie, ggf. OCT)** sind zusätzlich mit einzureichen.

Datum der Indikationsstellung: _____ (letzte Untersuchung vor der zu prüfenden IVM bei Folgebehandlung)

Befund Indikationsstellung der Folgebehandlung
(bitte *vollständig* ausfüllen)

➤ **Bestkorrigierter Visus** (Korrektur bitte auch angeben)

Rechtes Auge: _____

Linkes Auge: _____

➤ **Detaillierter Fundusbefund:**

.....
.....
.....
.....
.....
.....

➤ bei Uveitis – Überweisung Hausarzt erfolgt?
.....
.....

➤ bei Uveitis – relevante Befunde:
.....
.....
.....

Gestellte Indikation

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- a) neovaskuläre (feuchte) altersabhängige Makuladegeneration (AMD)
- b) Visusbeeinträchtigung infolge eines diabetischen Makulaödems (DMÖ)
- c) Visusbeeinträchtigung infolge eines Makulaödems (MÖ) aufgrund eines retinalen Venenverschlusses [Venenastverschluss (VAV) oder Zentralvenenverschluss (ZVV)]
- d) chorioidale Neovaskularisation (CNV)
- e) vitreomakuläre Traktion (VMT) bei Erwachsenen, auch im Zusammenhang mit einem Makulaloch ≤ 400 Mikrometer (μ) Durchmesser
- f) nicht infektiöse Entzündung des posterioren Augensegments (Uveitis intermedia und/oder posterior)
- g) proliferative diabetische Retinopathie

Medikament (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- VEGF-Hemmer Steroid

Einzureichende Bilddokumentationen Folge-IVM:

• **Diagnose a – g**  **Folgende aussagekräftige Fluoreszeinangiographiebilder – falls erbracht – beifügen:**

- 1. Leeraufnahme
- 2. Aufnahmen aus der frühen arteriellen oder arteriovenösen Phase
- 3. Aufnahmen aus der Spätphase (ab 3 Minuten nach Injektion)

• **Diagnose a und b:** Bitte reichen Sie zusätzlich die letzten beiden, vor der o.a. zu prüfenden IVM durchgeführten, OCTs ein.

Ort und Datum

Unterschrift des Arztes