

(Patientenaufkleber)

Dokumentation

zur
**Integrierten Versorgung
Augenheilkunde**

- AOK Niedersachsen
 Barmer Ersatzkasse

Bitte Kasse ankreuzen



Augenklinik Dr. Hoffmann GmbH
Augenärzte Braunschweig-
Göttingen MVZ GmbH

Wolfenbütteler Str. 82
D-38102 Braunschweig

T +49 531 27338-0 F +49 531 27338-1214

E intv@augenlinik-dr-hoffmann.de

W www.augenlinik-dr-hoffmann.de

Vor der OP

1. Verlaufsdocumentation – Vorbehandlung

Vergütung 50,00 EUR

Datum der Anmeldung in der Klinik:

OP-Datum:

Telefonnummer des Patienten mit Vorwahl:

Einweisungsdiagnose

<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> Katarakt ICD H25.0	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> Glaukom ICD H40.1	_____
	<input type="checkbox"/> PPV ICD H33.0–H33.5	

Bekannte Diagnosen

Diabetes Demenz
 Hypertonus Gehbehinderung
 KHK Sonstige: _____

Nimmt der Patient

Blutverdünnungsmittel?

ja..., welche Medikamente?
 nein _____

Einweisung Praxis:
(Praxisstempel)

Visus/ Refr.: _____

Augendruck: _____

Spalt: _____

Fundus: _____

Nach der OP

2. Verlaufsdocumentation – Nachbehandlungen

Vergütung 75,00 EUR

Nachsorgebehandlung abgeschlossen am:

Nachbehandelnde Praxis:
(Praxisstempel)

Medizinische Nachbehandlung

Operiertes Auge

Links Rechts

Visus am behandelten Auge: _____ sph _____ cyl _____ Achse = _____

Visuanstieg: ja irrelevant nein wenn nein, medizinischer Grund: _____

Bei Behandlungen, die den Visus nicht beeinflussen (z.B. Lid-OP, strabologische OP):

Augendruck: _____

Behandlungsziel erreicht: ja nein wenn nein, medizinischer Grund: _____

Subjektive Patientenzufriedenheit: (1= sehr zufrieden, 6= nicht zufrieden)

1 2 3 4 5 6

Komplikationen im Nachbehandlungszeitraum (6 Wochen):

Endophthalmitis nein | ja zwischenzeitlich ausgeheilt Revision/Wiederaufnahme nötig

Fibrinreaktion nein | ja zwischenzeitlich ausgeheilt Revision/Wiederaufnahme nötig

Makulaödem nein | ja zwischenzeitlich ausgeheilt Revision/Wiederaufnahme nötig

Hornhautödem nein | ja zwischenzeitlich ausgeheilt Revision/Wiederaufnahme nötig

Sonstige Komplikationen im Nachbehandlungszeitraum (6 Wochen): _____

Anzahl erforderlicher Nachsorgeuntersuchungen durchgeführt

Unterschrift