

# Abrechnungs- und Dokumentationsbogen IVOM



Bitte senden Sie uns diesen Bogen zurück:

Via E-Mail: cleifheit@augenklinik-dr-hoffmann.de  
Via Fax: 0531 27338-1214

**Augenklinik Dr. Hoffmann GmbH**  
**Augenärzte Braunschweig-Göttingen MVZ GmbH**  
Wolfenbütteler Str. 82  
38102 Braunschweig

Ihre Praxisdaten:

.....  
.....  
.....  
Patientenname: .....

IVOM Injektionsdatum: .....  
Krankenversicherung: .....

Geburtsdatum: .....  
Auge:  RA  LA

**Medikament:**  Avastin®  Lucentis®  Eylea®  Macugen®  Ozurdex®  Beovu®  
**Diagnose:**  nAMD  DMÖ/PDR  CNV (myope/sonstige)  RVV  Uveitis

**Abrechnungsinformation der IVOM-Kontrollen und OCT zur selbstständigen Abrechnung:**

GÖA: Bei privat versicherten Patienten.  
» Bitte rechnen Sie die Nachuntersuchungen und OCT direkt mit dem Patienten via GOÄ ab.  
 EBM: Wenn die Krankenversicherung des Patienten nicht an den IVOM-IV-Verträgen des ASBS oder BDOC teilnimmt, rechnen Sie bitte wie folgt direkt via EBM ab:  
» Post OP-Ziffer: 31716 + OPS: 5-156.9  
OCT-Ziffer: (nAMD&DMÖ) RA 06338, LA 06339  
Zusatzpauschale: RA 06334, LA 06335

**Abrechnungsbogen der IVOM-Kontrollen und OCT zum Ausfüllen und Zurücksenden:**

ASBS:  BDOC (IV-Vertrag):  
Die Abrechnung Ihrer Leistungen erfolgt über uns.  
» Bitte tragen Sie die Behandlungsdaten der von Ihnen durchgeführten Nachuntersuchungen und OCT in den beiden vorgesehenen Tabellen ein.

Übersicht der ASBS- und BDOC-Honorarbeträge:

KK	Nachuntersuchung 2.-4. Tag: 1.NU 5.-21. Tag: alle med. erforderl. NU	SD-OCT (max. 6 p.a. pro Patient)
<input type="checkbox"/> Barmer	65 €	60 € (max. 12 p.a. pro Patient)
<input type="checkbox"/> DAK	60 €	60 €
<input type="checkbox"/> BKK	max. 2 x 30 €	65 €
<input type="checkbox"/> TK/hek/HKK	60 €	50 € (max. 12 p.a. pro Patient)
<input type="checkbox"/> IKK classic	65 €	50 €
<input type="checkbox"/> Knappschaft nord	60 €	60 €
<input type="checkbox"/> LKK NDS	max. 2 x 30 €	60 €
<input type="checkbox"/> KKH	60 €	60 €

**Nachuntersuchungen:**

Datum Nachuntersuchung	Visus cc	Tensio

**SD-OCT:**

Datum SD-OCT

**Ihre Bankverbindung:**

Name: .....  
.....  
IBAN: .....  
.....

**Empfehlung:**

Nach Abschluss der Anti- VEGF- Behandlung (3. Serie/6. Serie) empfehlen wir eine Abschlusskontrolle nach vier Wochen.

Stempel