

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



Stempel der Einrichtung

Der **Dokumentationsbogen IVM** dient zur Überprüfung der ärztlichen Dokumentation gem. §§ 5 und 6 der Qualitätssicherungsvereinbarung IVM vom 01.10.2014 in der Fassung vom 01.10.2019
Bitte **immer vollständig ausfüllen** und mit den **erforderlichen Anlagen** an die KV Thüringen zurückschicken!

IVM (Zutreffendes bitte ankreuzen) rechts links **Behandlungsdatum:**

<p>Diagnosen (Zutreffendes bitte ankreuzen)</p> <p><input type="checkbox"/> a) nAMD</p> <p><input type="checkbox"/> b) DMÖ</p> <p><input type="checkbox"/> c) MÖ bei VAV oder ZVV</p> <p><input type="checkbox"/> d) CNV</p> <p><input type="checkbox"/> e) VMT, ggf. mit Makulaloch $\leq 400 \mu\text{m}$</p> <p><input type="checkbox"/> f) nicht infektiöse Uveitis intermedia/ oder posterior</p> <p><input type="checkbox"/> g) PDR</p>	<p>Medikament (Zutreffendes bitte ankreuzen)</p> <p><input type="checkbox"/> Eylea</p> <p><input type="checkbox"/> Iluvien</p> <p><input type="checkbox"/> Jetrea</p> <p><input type="checkbox"/> Lucentis</p> <p><input type="checkbox"/> Ozurdex</p> <p><input type="checkbox"/> Beovu</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Befunde/Voruntersuchung (bitte ausfüllen)</p> <p><u>Visus:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • mind. 1/20 bzw. 0,05 (Ausnahme frische Blutung) • kleiner 1,0 (Ausnahme aktive CNV) <p>rechtes Auge: linkes Auge:</p> <p><u>schriftl. Fundusbefund</u> (ggf. als Anlage beifügen):</p>
---	---	--

Dokumentation (bitte als Anlage beifügen, ggf. mit Kommentar):

➔ Diagnose a – d + g **aussagekräftige Angiographiebilder der Erstindikationsstellung**

1. Leeraufnahme

2. frühe arterielle oder arteriovenöse Phase

3. Spätphase (ab 3 Minuten nach Injektion)

➔ Diagnose a + b + e **repräsentative Aufnahmen der optischen Kohärenztomographie (OCT)**
(OCT vor Ersttherapie sowie letztes OCT vor der IVM)

1. Schnittbild

2. Fundusbild

➔ Diagnose f **Ergebnisse der Diagnostik bzw. eingeleitete Diagnostik**

die zu prüfende IVM ist eine **Wiederholungs-IVM:**

Datum der **letzten IVM:** **Mindestabstand beachten!**
(vor der hier angeforderten IVM) (4 Wochen bei VEGF-Hemmer, 12 Wochen bei Steroid)

*Erstindikationsstellung vor dem 01.10.2014: Eine geeignete Bildaufnahme beifügen, bei Datenverlust Fundusbefund schriftlich als Anlage beifügen!

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Arztes