

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

IV Vertrag Ophthalmochirurgie	
	
Nachbehandlungsdokumentation	

Daten der Nachsorgen *)			Behandeltes Auge *):  R <input type="checkbox"/>  L <input type="checkbox"/>	
1.NU (1.Tag) <input type="text"/>	2.NU (1.Woche) <input type="text"/>	3.NU (21.-30.Tg.) <input type="text"/>	4.NU (ggf.) <input type="text"/>	5.NU (ggf.) <input type="text"/>

Durchgeführter Eingriff *)			
<input type="checkbox"/> Cataract	<input type="checkbox"/> Netzhaut-OP	<input type="checkbox"/> Schiel-OP	<input type="checkbox"/> kl. Lid-Chir.
<input type="checkbox"/> Glaukom	<input type="checkbox"/> Vitrektomie	<input type="checkbox"/> HH-Eingriff	<input type="checkbox"/> gr. Lid-Chir.
<input type="checkbox"/> Kombinationschirurgie			

Refraktion/Visus			
R	Sphäre: <input type="text"/>	Zylinder: <input type="text"/>	Achse: <input type="text"/>
L	Sphäre: <input type="text"/>	Zylinder: <input type="text"/>	Achse: <input type="text"/>
R	Visus(CC *): _____	Visus (SC; Nähe): _____	Visus (SC; Ferne): _____
L	Visus(CC *): _____	Visus (SC; Nähe): _____	Visus (SC; Ferne): _____
R: Tensio (mm Hg, präop) _____		L: Tensio (mm Hg, präop) _____	
Abweichung Zielrefraktion (in dpt.)		<input type="checkbox"/> 0 < x <= 0,5 <input type="checkbox"/> 0,5 < x <= 1,0 <input type="checkbox"/> 1,0 < x <= 1,5 <input type="checkbox"/> > 1,5	

Befund/Verlauf und Komplikationen abhängig von OP Art (Anlage 1 bis 3)

Fazit
Verlauf? *)
<input type="checkbox"/> komplikationsfrei
<input type="checkbox"/> verzögert, einhergehend mit dokumentierten Komplikationen gemäß Anlage
OP-Ziel erreicht *) : <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Falls Nein: _____
Am 21./max. 30. Tag postoperativ Behandlung abgeschlossen *) : <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Falls Nein Begründung/weiteres Vorgehen: _____
Stationäre Einweisung erforderlich? *) <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA, weil: _____
Sonstige Bemerkungen / Anmerkungen: _____

Patientenzufriedenheit (1 = sehr gut bis 5 = mangelhaft) *) : _____
Patienten nicht zufrieden, weil: _____

In der Online Dokumentation ersetzt dieser Speichern/Absenden Button die Unterschrift des Leistungserbringers

Im Fall der Papierdokumentation: Bitte im Original senden an VISUDOC AG, Leo-Graetz-Str. 16, 81379 München	_____ Datum, Arztstempel, Unterschrift
--	---

*) Pflichtfelder

Anlage 1 – nur bei Kataract-OP

Befund / Reizzustand *)		
<input type="checkbox"/> Hornhaut klar		
Falls HH nicht klar:	<input type="checkbox"/> Descement-falten	<input type="checkbox"/> HH-Ödem
<input type="checkbox"/> reizfrei		
Falls gereizt:	<input type="checkbox"/> Zellen	<input type="checkbox"/> Fibrin
<input type="checkbox"/> IOL-zentriert	<input type="checkbox"/> IOL-dezentriert	<input type="checkbox"/> Sonstiges _____
<input type="checkbox"/> keine Fundus -Besonderheiten	<input type="checkbox"/> unverändert	<input type="checkbox"/> abw. v. PRÄ-OP Bef.
<input type="checkbox"/> Makula entspr. PRÄ-OP trocken	<input type="checkbox"/> entspr. PRÄ-OP nicht trocken	<input type="checkbox"/> abw. PRÄ-OP nicht trocken
<input type="checkbox"/> Erläuterung: _____		

Postoperative Komplikationen *) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> JA		
<input type="checkbox"/> Druckanstieg auf über 30 mm Hg	<input type="checkbox"/> Hypotonie < 5mm Hg	<input type="checkbox"/> HH Dekompensation
<input type="checkbox"/> IRIS Defekt Stroma	<input type="checkbox"/> IRIS Defekt Pigment	<input type="checkbox"/> Kapseldefekt
<input type="checkbox"/> hoher postoperativer Astigmatismus (> 2 dpt.)	<input type="checkbox"/> Vorderkammer-einblutung	<input type="checkbox"/> relevante IOL-Dezentrierung
<input type="checkbox"/> Glaskörper-Prolaps	<input type="checkbox"/> Glaskörperblutung	<input type="checkbox"/> NH Ablösung
<input type="checkbox"/> cystoides Makulaödem	<input type="checkbox"/> Wunddehiszenz	<input type="checkbox"/> ausgeprägte hintere Kapsel-fibrose
<input type="checkbox"/> ausgeprägter Reizzustand	<input type="checkbox"/> Hypopyon	<input type="checkbox"/> Endophthalmitis
<input type="checkbox"/> Sonstige _____		

Re-OP notwendig: *) <input type="checkbox"/> Nein Falls <input type="checkbox"/> JA , wegen:		
<input type="checkbox"/> IOL-Zentrierung	<input type="checkbox"/> VK-Revision	<input type="checkbox"/> Wundnaht
<input type="checkbox"/> ppV		
<input type="checkbox"/> Sonstige _____		

*) Pflichtfelder

Anlage 2 – nur bei NH / ppV (bzw. Kombinationseingriff)

Befund *)			
Reizzustand:			
<input type="checkbox"/> frei	<input type="checkbox"/> gering	<input type="checkbox"/> mäßig	<input type="checkbox"/> stark
Linsentrübung:			
<input type="checkbox"/> idem	<input type="checkbox"/> Zunahme d. Trübung	<input type="checkbox"/> pseudophak	
Metamorphopsien:			
<input type="checkbox"/> noch vorhanden	<input type="checkbox"/> Abnahme	<input type="checkbox"/> keine mehr	
Netzhaut anliegend: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN			
Makula-Loch geschlossen ? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> unverändert/nicht relevant			
Fundus-Besonderheiten:			
<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> abw. v. PRÄ-OP Bef.	<input type="checkbox"/> unverändert	
<input type="checkbox"/> Erläuterung _____			

Postoperative Diagnose / Komplikationen *) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> JA		
<input type="checkbox"/> normaler Zustand nach ppV	<input type="checkbox"/> keine Veränderung	<input type="checkbox"/> ausgeprägter Reizzustand
<input type="checkbox"/> Katarakt	<input type="checkbox"/> bullöse Keratopathie	<input type="checkbox"/> chronische Uveitis
<input type="checkbox"/> Glaskörperblutung	<input type="checkbox"/> Vorderkammer-einblutung	<input type="checkbox"/> Zonulolyse
<input type="checkbox"/> Capsulotomie	<input type="checkbox"/> luxierte IOL	<input type="checkbox"/> Glaukom
<input type="checkbox"/> hoher postoperativer Astigmatismus (> 2 dpt.)	<input type="checkbox"/> Druckanstieg auf über 30 mm Hg	<input type="checkbox"/> Hypotonie < 5mm Hg
<input type="checkbox"/> cystoides Makulaödem	<input type="checkbox"/> Macula Pucker	<input type="checkbox"/> Macula Foramen
<input type="checkbox"/> peripheres Foramen	<input type="checkbox"/> rhegmatogene Amotio	<input type="checkbox"/> PVR-Amotio
<input type="checkbox"/> Silikonöl-emulsifizierung	<input type="checkbox"/> Silikon in Vorderkammer	<input type="checkbox"/> Cerclage bedingte Schmerzen
<input type="checkbox"/> NH Ablösung	<input type="checkbox"/> Phtisis	<input type="checkbox"/> Endophthalmitis
<input type="checkbox"/> Erblindung		
<input type="checkbox"/> Sonstige _____		

Re-OP notwendig *) <input type="checkbox"/> Nein Falls <input type="checkbox"/> JA, wegen:

*) Pflichtfelder

Anlage 3 – Sonstige Operationen (alle OP außer Kat, ppV, NH)

Befund *)			
Reizzustand:			
<input type="checkbox"/> frei	<input type="checkbox"/> gering	<input type="checkbox"/> mäßig	<input type="checkbox"/> stark
Linsentrübung:			
<input type="checkbox"/> idem	<input type="checkbox"/> Zunahme d. Trübung	<input type="checkbox"/> pseudophak	
Papille:			
<input type="checkbox"/> randscharf	<input type="checkbox"/> vital	<input type="checkbox"/> Sonstiges _____	

Postoperative Komplikationen *) <input type="checkbox"/> Nein Falls <input type="checkbox"/> JA, welche:

Re-OP notwendig *) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> JA - Falls JA:
Falls ja, weil / welche

*) Pflichtfelder