

# PDT - Dokumentationsbogen -

Bogen für die Dokumentation einer photodynamischen Therapie (PDT) mit Verteporfin gem. § 5 der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur photodynamischen Therapie am Augenhintergrund, seit 01.10.2006 in Kraft

|                        |                    |               |
|------------------------|--------------------|---------------|
| <b>Patientendaten:</b> | Name:.....         | Vorname:..... |
|                        | Geburtsdatum:..... | ID-Nr.:.....  |

|                      |                                 |                                |
|----------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| <b>Auge der PDT:</b> | rechts <input type="checkbox"/> | links <input type="checkbox"/> |
|----------------------|---------------------------------|--------------------------------|

|                               |                               |  |                      |
|-------------------------------|-------------------------------|--|----------------------|
| <b>Diagnose:</b>              |                               |  |                      |
| AMD mit klassischem Anteil:   | pathologische Myopie:         | okkulte Membran:                                 |                      |
| ≥50% <input type="checkbox"/> | <50% <input type="checkbox"/> | Refraktion: <input type="checkbox"/> <b>oder</b> | Bulbuslänge: .....mm |
|                               | (> = -6 Dioptrien)            |  | (26,5 mm)            |
|                               |                               | Läsionsgröße:                                    | .....                |

|  |  |
|--|--|
| <b>Erstbehandlung:</b> (ggf. Vorbehandler benennen und Unterlagen beifügen!) | .....  |
| Datum:.....  | .....  |
| <u>Aktueller Visus</u> (mit bester Korrektur):.....                          | .....  |
| <b>Folgebehandlung:</b>  | Nr:..... Datum:....., Nr:..... Datum:....., Nr:..... Datum:.....,                      |
|  | Nr:..... Datum:....., Nr:..... Datum:....., Nr:..... Datum:....., Nr:..... Datum:..... |

|  |  |
|--|--|
| <b>Anamnese:</b>   |  |
| Sehver schlechterung seit: .....   | im Verlauf besser <input type="checkbox"/> schlechter <input type="checkbox"/> gleich <input type="checkbox"/> |
| ggf. Metamorphosien seit: .....  | im Verlauf besser <input type="checkbox"/> schlechter <input type="checkbox"/> gleich <input type="checkbox"/> |
| Bei okkulter CNV ohne klassischen Anteil Nachweis einer Krankheitsprogression durch:   |  |
| a) Hämorrhagie   | <input type="checkbox"/>   |
| b) Visusabfall von mindestens analog einer ETDRS-Zeile innerhalb der letzten 3 Monate  | <input type="checkbox"/>   |
| c) fluoreszenzangiographisch Zunahme oder Läsionsgröße (größte lineare Ausdehnung) um mindestens 10 % innerhalb der letzten 3 Monate | <input type="checkbox"/>   |

|                                       |                          |                 |
|---------------------------------------|--------------------------|-----------------|
| <b>Fundusbefund:</b>                  |                          | Bemerkung:..... |
| subretinale Flüssigkeit               | <input type="checkbox"/> | .....           |
| subretinales Blut                     | <input type="checkbox"/> | .....           |
| Drusen                                | <input type="checkbox"/> |                 |
| intraretinale Lipidablagerung         | <input type="checkbox"/> |                 |
| seröse/fibröse Pigmentepithelabhebung | <input type="checkbox"/> |                 |

|   |                          |                 |
|---|--------------------------|-----------------|
| <b>Fluoreszeinangiographischer Befund:</b>  |                          | Bemerkung:..... |
| subfoveale Lage                             | <input type="checkbox"/> | .....           |
| Staining                                    | <input type="checkbox"/> | .....           |
| Leckage                                     | <input type="checkbox"/> |                 |
| Lokalisation der Läsion                     | <input type="checkbox"/> |                 |
| Angabe des Anteils der klassischen Membran: | .....                    |                 |
| Angabe der okkulten Membran in Prozent:     | .....%                   |                 |
| Angabe der CNV-Größe in Papillenflächen:    | .....                    |                 |

|                              |   |         |
|------------------------------|---|---------|
| <b>Behandlungsparameter:</b> | Menge Verteporfin in ml:                              | .....ml |
|                              | CNV-Durchmesser:                                      | .....   |
|                              | Spotgröße des Behandlungsstrahls                      | .....   |
|                              | Datum von vorherigen photodynamischen Therapien:..... |         |

Die bildliche Dokumentation muss jeweils mindestens ein repräsentatives fluoreszeinangiographisches Bild als Leeraufnahme sowie aus früher (arterieller oder arteriovenöser) und später (länger als 3 Minuten ab Injektion) Phase enthalten. Die Qualität der Aufnahmen muss ausreichend sein, um die Indikationsstellung nachvollziehen zu können und darf keine Mängel aufweisen.

**Unterschrift:**

**Stempel:**