BONNER VERLAUFSBOGEN

IVA	AMD
IVL	DME
IVM	ZVV
IVT	VAV
	sonst
Auge	RA / LA

Name	Vorname	
Geburtsdatum	Kasse	Betreuender AA

		Aufsättigung			Erhaltungsdosis					
Zeitpunkt		**präop**	**1. Inj.**	**2. Inj.**	**3. Inj.**	M ☐ nach Inj.	M ☐ nach Inj.	M ☐ nach Inj.	M ☐ nach Inj.	M ☐ nach Inj.	M ☐ nach Inj.
Injektion	**ja?**										
Visus	subjektiv besser										
	ETDRS/Snellen										
OCT	zentrale Dicke										
>500 µm											
>400 µm											
>300 µm											
>200 µm											
>150 µm											
Fundus	Leckage, Ödem										
Typ	Blut, Ödem										
FAG	CNV, PED, RIP										
Typ	isch, häm, etc.										
Follow up	nächste Termin?										