



Dokumentationsbogen zur PTK

Name, Adresse und Telefonnummer des Arztes
(**Leistungserbringer**):

Patientendaten

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Diagnose:

Behandlungsparameter:

Untersuchungsdatum:

Anzahl Rezidive in den letzten 12 Monaten

Medikamentöse Therapie seit mindestens 3 Monaten ja nein

Störende Fremdkörpersymptomatik / Fremdkörpergefühl: ja nein

Durchführung einer Abrasio cornea ja nein

Trageversuch mit Verband-Kontaktlinse ja nein

Hinweis: Bitte fügen Sie immer eine Kopie des Operationsprotokolls bei.