Abrechnungsbogen
Nachsorge nach IVOM

Augenklinik
Universitätsklinikum
Tübingen

Universitäts-Augenklinik
z.H.v. Herrn Söll
Elfriede-Aulhorn-Str. 7
72076 Tübingen

Rechnungsdatum:
Rechnungsnummer:

Praxisdaten (Stempel):

Postoperative Nachsorge

= Alle Kontrolluntersuchungen zur Sicherung des Therapieerfolges

- **Patienten, die dem AOK/Barmer-Selektivvertrag beigetreten sind:**
  - → **1. Nachsorge am 1.-5. Tag nach IVOM**
  - → **2. Nachsorge ≤ 21 Tagen nach IVOM**
- **Sonstige Patienten (außer stationäre Fälle, Selbstzahlende, Privatpatienten):**
  - → **1. Nachsorge am 2.-4. Tag und alle weiteren Nachsorgen ≤ 28 Tagen nach IVOM**

Name, Vorname (Patienten)	Geburts-datum	Kasse	SV	Auge R/L	Datum (Injektion)	Datum (1. Nachsorge)	Datum (2. Nachsorge)

Bitte überweisen Sie den Gesamtbetrag auf folgendes Konto:

Name: _____
IBAN: _____
BIC: _____

Summe: _____ EURO

Datum, Unterschrift (Augenärztliche Praxisinhabende): _____