

**Umfrage von BDOC, BVA, DGII, DOG zur Intraokular-Chirurgie 2016**

- |   |   |                                 |
|---|---|---------------------------------|
| 1. Ich operierte im Jahr 2016 als<br>(Mehrfachnennungen sind möglich)                         | niedergelassener KV-Arzt in privatem OP <input type="checkbox"/>  |                                 |
|   | niedergelassener KV-Arzt an öffentlicher Klinik <input type="checkbox"/>  |                                 |
|   | als angestellter/beamteter Arzt an öffentlicher<br>Augenklinik im Krankenhausbedarfsplan <input type="checkbox"/> |                                 |
|   | an verschiedenen Orten <input type="checkbox"/>   |                                 |
| 2. Wie viele Ärzte operierten in Ihrem Team bulbuseröffnend?                                  |   | _____                           |
|   |   | ambulant stationär              |
| 3. Wie viele Kataraktoperationen führten Sie durch?<br>- wie viele davon mit dem Femto-Laser? |   | _____                           |
| 4. Wie viele Pars-Plana-Vitrektomien führten Sie durch?                                       |   | _____                           |
| 5. Wie viele Glaukome haben Sie operiert?   | - filtrierend (z. B. Trabekulektomie) _____   | _____                           |
|   | - nicht filtrierend (z. B. am Schlemm) _____  | _____                           |
|   | - Laser-Zyklo-Destruktion _____   | _____                           |
| 6. Wie viele Keratoplastiken führten Sie durch?<br>- wie viele davon waren DMEK?              |   | _____                           |
| 7. Welche Anästhesie bevorzugten Sie bei Kataraktoperationen?                                 | topisch (Tropf, intracameral, s.c.) <input type="checkbox"/>  |                                 |
|   | Injektion (Peri / Retrobulbär) <input type="checkbox"/>   |                                 |
|   | ITN/Rauschnarkose <input type="checkbox"/>  |                                 |
| 8. Halten Sie die routinemäßige Gabe von intrakameralen Antibiotika für notwendig?            | (ja) <input type="checkbox"/>   | (nein) <input type="checkbox"/> |
| 9. Wie viele Premiumlinsen haben Sie implantiert?   | torische IOL _____  |                                 |
|   | multifokale/Presbyopie-IOL _____  |                                 |
|   | asphärische IOL _____   |                                 |
| 10. Welche Schnittführung bevorzugten Sie bei Kataraktoperationen?                            | Clear Cornea zentral der Limbusgefäße <input type="checkbox"/>  |                                 |
|   | Corneal im Bereich der Limbusgefäße <input type="checkbox"/>  |                                 |
| 11. Wie viele IVOM (intravitreale Medikamenteneingaben) haben Sie durchgeführt?               | Avastin®, Bevacizumab _____   |                                 |
|   | Lucentis®, Ranibizumab _____  |                                 |
|   | ausgeeinzeltes Ranibizumab _____  |                                 |
|   | Eylea®, Aflibercept _____   |                                 |
|   | ausgeeinzeltes Aflibercept _____  |                                 |
|   | Ozurdex®, Dexamethason _____  |                                 |
|   | Jetrea®, Ocriplasmin _____  |                                 |
|   | andere ( ) _____  |                                 |
| 12. Welche Therapiestrategie zur IVOM bevorzugten Sie?  |   |                                 |
| Kontinuierliche Behandlung alle 1- 2 Monate   |   | <input type="checkbox"/>        |
| Individualisierte Behandlungen mit festen Kontrollintervallen:                                |   |                                 |
| - PRN: IVAN-Schema: 3 IVOM, monatliche OCT-Kontrollen; bei Rezidiv: 3 IVOM                    |   | <input type="checkbox"/>        |
| - PRN: CATT-Schema: 3 IVOM, monatliche OCT-Kontrollen; bei Rezidiv: 1 IVOM                    |   | <input type="checkbox"/>        |
| - Treat & Extend-Schema mit variablen Abständen für OCT-Kontrollen und IVOM                   |   | <input type="checkbox"/>        |
| Klinische Untersuchungen ohne OCT nach den ersten drei IVOM                                   |   | <input type="checkbox"/>        |
| 13. Wie viele primäre refraktive Eingriffe haben Sie durchgeführt?                            | LASIK (Keratom), LASEK, PRK _____   |                                 |
|   | Femtoablation-LASIK _____   |                                 |
|   | Femto-Lentikelextraktion (ReLEx® smile) _____   |                                 |
|   | refraktiver Linsenaustausch _____   |                                 |
|   | phake Implantate _____  |                                 |
|   | andere ( ) _____  |                                 |

**Schicken Sie die Antwort bitte kurzfristig an Fax-Nr. 0651 / 99 84 99 19 oder 02771 / 87 17 80**