

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

- | | | |
|---|---|---------------------------------|
| 1. Ich operierte im Jahr 2016 als
(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
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?
- 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?
- 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