



## 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.**