

1.) Nur für den Gebrauch im Apple Lab bestimmt

Datum des Probeneingangs: ____ . ____ . ____

Probennummer _____

2.) Angaben des Operateurs (Bitte ein Formular pro Explantat verwenden!)

Initialien des Patienten: _____

Geschlecht: Männlich Weiblich

Geburtsdatum: _____

Datum der Implantation: _____

Datum der Explantation: _____

Betroffenes Auge: OD OS

Bitte die folgenden Fragen möglichst detailliert beantworten:

Angaben zur IOL (Modell, Stärke, Seriennummer, LOT-Nummer, Hersteller, Datum der Implantation, Operateur, Komplikationen während der OP):

Allgemeine Vorerkrankungen zum Zeitpunkt der Implantation und Explantation
(insbesondere auch endokrinologische Erkrankungen):

Augenerkrankungen zum Zeitpunkt der Im- und Explantation:

Grund für die Explantation der IOL, Visus vor und nach der Explantation der IOL:

Details zum derzeitigen Zustand des Patienten.

Wurde ein IOL-Tausch durchgeführt? Befindet sich im Partnerauge eine IOL?

Sind Ihnen ähnliche Vorfälle bei anderen Patienten bekannt, die dieses IOL-Modell erhalten haben?

Liegen Laborwerte vor: Ja (bitte beifügen) Nein

Existieren Dokumente (z.B. Linsenpass), in denen die Seriennummer und das Herstellungsdatum der IOL vermerkt sind: Ja (bitte beifügen) Nein

Der Fall wurde dem BfArM gemeldet

(Formblatt erhältlich unter [Online-Meldeformular für Anwendermeldungen gemäß MPSV](#))

Ja (bitte ggf. Kopie der Meldung beifügen) Nein

Die Probe wurde in folgendem Zustand verschickt:

- trocken

- in einer Flüssigkeit gelagert (bitte Details zur Lösung angeben, z.B. BSS)

Name des Operateurs:

Adresse:

Tel./Fax/E-mail:

Sonstige Anmerkungen und Grund für die Analyse der IOL:

Bitte senden Sie das Formblatt per Email an germany.office@dapplelab.com, per Fax an +49 6221 568229 oder per Post an: The David J Apple Center for Vision Research, Univ.-Augenklinik Heidelberg, INF 400, 69120 Heidelberg, Deutschland.