



## Versorgungsvertrag Tonsillotomie

### Dokumentationsbogen – für den Operateur

#### Patient

Patientenidentifikations-/Dokumentationsnummer

Alter:

Geschlecht:

männlich

weiblich

Postleitzahl (Angabe der ersten 3 Ziffern):

Unterschiedene Teilnahmeerklärung des Patienten liegt vor

#### Krankenkasse

Krankenkasse des Versicherten:

AOK Rheinland/Hamburg

#### Arztkontakt

Datum der Untersuchung

Überweisung des Patienten

durch Kinderarzt

durch HNO-Arzt

keine Überweisung (d.h. Erstkontakt findet beim Operateur statt)

#### Allgemeine Informationen

Entwicklungsstand des Kindes dem Alter entsprechend?

ja

nein

Beschreibung/Grund



**Indikation**

**Diagnose**

- J35.1 Hyperplasie der Gaumenmandeln
- J35.3 Hyperplasie der Gaumenmandeln mit Hyperplasie der Rachenmandel
- H65.3 Chronische muköse Otitis media (Paukenerguss)
- J34.3 Hypertrophie der Nasenmuscheln
- Allergie (Benennung) \_\_\_\_\_
- Sonstiges (ICD-10) \_\_\_\_\_

- Tonsillengröße
- kissing tonsils
  - stark vergrößert
  - mäßig vergrößert

Wurde bereits eine Tonsillektomie bei dem Patienten durchgeführt?  ja  
 nein

Anzahl antibiotikapflichtiger Tonsillitiden im vergangenen Jahr?

Anzahl antibiotikapflichtiger Tonsillitiden seit Geburt?

**Symptome**

	ständig	gelegentlich	selten	nie
Schnarchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OSAS bzw. Schnarchen mit Atemaussetzern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittelohrinfekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkältungskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinkverhalten	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> reduziert		
Essverhalten	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> reduziert		

- Gedeihstörungen
- Behinderung der Nasenatmung
- Konzentrationsstörungen
- Verhaltensauffälligkeiten
- Allergien
- Sonstiges \_\_\_\_\_

**Präoperative Diagnostik**

- Präoperative Diagnostik wurde durchgeführt
- Labordiagnostik wurde durchgeführt



**Operation**

**Datum der Operation**

**Ort der Operation**

- eigene Praxis
- Belegkrankenhaus
- OP-Zentrum
- MVZ

**Geräteart**

- Lasergerät
- Coblationsgerät
- Radiofrequenzgerät

Typ \_\_\_\_\_

**Art des Eingriffs**

- Tonsillotomie
- Adenotomie
- Parazentese einseitig
- Parazentese zweiseitig

**Intensität des Eingriffs**

Wattzahl

Intensitätsregler auf Stufe

von max. Stufe

**Operationsverlauf**

- unproblematisch
- Komplikationen

Art der Komplikationen \_\_\_\_\_

**Durchführung des**

**Eingriffs**

- ambulant
- 1 Nacht Verweildauer

Grund \_\_\_\_\_

OP-Blockierungszeit

Minuten

Schnittnahtzeit

Minuten

Nachbeobachtungszeit im Aufwachraum

Minuten

Anwesenheit folgender Personen während der OP

- Anästhesist
- Anästhesieschwester
- OP-Schwester

Fotodokumentation vor und nach der OP gemäß Vertragsbedingungen liegt vor

ja  nein

OP Bericht wurde erstellt

ja  nein

Narkosejournal wurde erstellt

ja  nein

**Arzneimittel**

Ausgegebene Arzneimittel \_\_\_\_\_ Menge \_\_\_\_\_

## 1. Nachbehandlung

Datum der 1. Nachbehandlung

	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft	ungenügend
Allgemeines Befinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wundheilung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzverlauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ess- und Trinkverhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besserung der Symptome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auftreten von Nachblutungen		<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein		
Behandlung		<input type="checkbox"/> konservativ		<input type="checkbox"/> operativ		
Bemerkung						

---

Arztstempel- und Unterschrift des Operateurs