



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:

 Betriebskrankenkasse (BKK)

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