

**M U S T E R**

Dieser Dokumentationsbogen dient **ausschließlich** zur Veranschaulichung des Datensatzes.

Er kann bei Bedarf zur krankenhausinternen Zwischendokumentation genutzt werden.

Die Übermittlung vom Krankenhaus an die Auswertungsstelle erfolgt jedoch ausschließlich elektronisch!

**Modul 03/1: Kataraktoperation**

**Diese Bogenseite nur einmal pro stationärem Aufenthalt ausfüllen**

**Basisdokumentation**

- 1 Institutionskennzeichen  
□□□□□□□□
- 2 Fachabteilung § 301-Vereinbarung  
□□□□
- 3 Identifikationsnummer des Patienten  
□□□□□□□□
- 4 Geburtsdatum  
TT.MM.JJJJ □□.□□.□□□□
- 5 Aufnahme datum Krankenhaus  
TT.MM.JJJJ □□.□□.□□□□

**Patient****Anamnese**

- 6 **OP-relevante Grunderkrankungen**  
0 = nein 1 = ja
- wenn ja:
- 7 präoperativ erhöhtes Infektionsrisiko  
(z. B. Neurodermitis, infizierte Hautdefekte, Immunsuppression) 1 = ja
- 8 Hypertonie (nach WHO-Kriterien), KHK, Herzrhythmusstörungen, Z.n. kardialen Eingriffen 1 = ja
- 9 Diabetes mellitus (nach WHO-Kriterien) 1 = ja
- 10 bronchopulmonale Erkrankung 1 = ja
- 11 eingeschränkte Kooperationsfähigkeit (z. B. neurologisch/ psychiatrische Erkrankung) 1 = ja
- 12 Gerinnungsstörung oder medikamentöse Gerinnungshemmung 1 = ja
- 13 Sonstige 1 = ja

NICHT ZUR  
DOKUMENTATION  
VERWENDEN!



<b>Diese Bogenseite nur einmal pro stationärem Aufenthalt ausfüllen</b>	
<b>Entlassung</b>	
67 Entlassungsdatum Krankenhaus	TT.MM.JJJJ □□.□□.□□□□
68 Entlassungsdiagnose(n) ICD-10	
1. □□□.□□	5. □□□.□□
2. □□□.□□	6. □□□.□□
3. □□□.□□	7. □□□.□□
4. □□□.□□	8. □□□.□□

NICHT ZUR DOKUMENTATION VERWENDEN!