



MUSTER

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

Er kann bei Bedarf zur krankenhausinternen Zwischendokumentation genutzt werden.

Die Übermittlung vom Krankenhaus an die datenentgegennehmende Stelle erfolgt jedoch **ausschließlich** elektronisch!

Datensatz Nasenscheidewandkorrektur (05/1)

Basisdokumentation	Operation
1 Institutionskennzeichen <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	14 OP-Datum TT.MM.JJJJ <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2 Fachabteilung § 301-Vereinbarung <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	15 Operation (OPS) 1. <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> 2. <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> 3. <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/>
3 Identifikationsnummer des Patienten <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	16 Wiederholungseingriff 0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/>
4 Geburtsdatum TT.MM.JJJJ <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Zusätzliche operative Maßnahmen
5 Geschlecht 1 = männlich 2 = weiblich <input type="checkbox"/>	17 resezierende Muscheleingriffe 0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/>
6 Aufnahme datum Krankenhaus TT.MM.JJJJ <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	18 Kaustik 0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/>
Patient	Behandlungspflichtige Komplikationen
Indikation 7 Nasenatmungsbehinderung 0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/> 8 Z. n. Trauma 0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/> 9 chronische Sinusitis 0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/> 10 Schlafapnoesyndrom 0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/> 11 Sonstige 0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/> 12 Einstufung nach ASA-Klassifikation <input type="checkbox"/> 1 = normaler, ansonsten gesunder Patient 2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung 3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung 4 = Patient mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung 5 = moribunder Patient	19 Nachblutung 0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/> 20 Septumhämatom 0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/>
13 erschwerende Nebendiagnose(n) (Gerinnungsstörung, medikamentös behandlungsbedürftiger Bluthochdruck) 0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/>	Entlassung
	21 Entlassungsdatum Krankenhaus TT.MM.JJJJ <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	22 Entlassungsdiagnose(n) ICD-10 1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 5. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 6. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 3. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 7. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 4. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 8. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>