



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 Endonasale Nasennebenhöhleneingriffe (NNH)

Patient	Operation	Verlauf
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"/>	12 Revisionseingriff 0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/>	19 perioperative Komplikationen 0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/>
2 Fachabteilung § 301-Verienbarung <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	13 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"/>	wenn ja: 20 transfusionspflichtige Blutung 1 = ja <input type="checkbox"/>
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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	14 Operationsdiagnose(n) ICD-10 1. <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"/> 2. <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"/>	21 lokal behandlungsbedürftige Nachblutung aus dem Nebenhöhlenbereich (nach dem Eingriff, z.B. Tamponade, Elektrokoagulation, operative Revision) 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"/>	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"/> 4. <input type="text"/> - <input type="text"/> <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"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> 6. <input type="text"/> - <input type="text"/> <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"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> 8. <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/>	22 Duraverletzung/Rhinoliquorrhoe 1 = ja <input type="checkbox"/>
5 Aufnahmedatum 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"/>		23 Augenmuskelläsion 1 = ja <input type="checkbox"/> 24 retrobulbäres Hämatom 1 = ja <input type="checkbox"/> 25 Sehnervenläsion 1 = ja <input type="checkbox"/> 26 Hirnsubstanzverletzung / intrakranielle Blutung 1 = ja <input type="checkbox"/> 27 Läsion der A. carotis interna 1 = ja <input type="checkbox"/>
Vorgeschichte und aktuelle Anamnese		28 Sonstige 1 = ja <input type="checkbox"/>
6 Hauptindikation zum Eingriff 1 = symptomatische chronische Sinusitis <input type="checkbox"/> 2 = akute therapieresistente Sinusitis 3 = akute komplizierte Sinusitis (orbitale, endokranielle Komplikationen) 9 = Sonstige	16 Umfang des Eingriffs an den Nasennebenhöhlen 1 = mit Darstellung der Schädelbasis bzw. Lamina papyracea <input type="checkbox"/> 2 = ohne Darstellung der Schädelbasis bzw. Lamina papyracea	
wenn Alter < 16 Jahre: 7 Disposition zu chronischer Sinusitis (z.B. Mukoviszidose) 0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/>	17 Seite 1 = einseitig durchgeführt <input type="checkbox"/> 2 = beidseitig durchgeführt	Entlassung
Präoperative Diagnostik	18 Operation mit optischer Hilfe (Mikroskop oder Endoskop oder Lupenbrille) durchgeführt 0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/>	29 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"/>
8 Computertomografie 1 = ja <input type="checkbox"/> 9 Kernspintomografie 1 = ja <input type="checkbox"/> 10 konventionelle Röntgenaufnahme(n) 1 = ja <input type="checkbox"/> 11 keine der aufgeführten Diagnostik 1 = ja <input type="checkbox"/>		30 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"/>

