



MUSTER

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

Er kann bei Bedarf zur krankenhauses internen Zwischendokumentation genutzt werden.

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

Datensatz Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom (01/1)

Diese Bogenseite nur einmal pro stationären Aufenthalt ausfüllen

Basisdokumentation

- 1 Institutionskennzeichen
- 2 Fachabteilung § 301-Vereinbarung
- 3 Identifikationsnummer des Patienten
- 4 Geburtsdatum
 TT.MM.JJJJ . .
- 5 Geschlecht 1 = männlich 2 = weiblich
- 6 Aufnahme datum Krankenhaus
 TT.MM.JJJJ . .
- 7 Aufnahme datum Fachabteilung
 TT.MM.JJJJ . .



Wenn beide Seiten operiert werden, diese Bogenseite (Datenfelder 8 - 39) zweimal ausfüllen!

8 zu operierende Seite
1 = rechts 2 = links

Anamnese

9 typische nächtliche Parästhesien/ Sensibilitätsstörung in den Fingern im Versorgungsgebiet des N. medianus
0 = nein 1 = ja

10 Brachialgien 0 = nein 1 = ja

11 Ursache
1 = Trauma
2 = Entzündung, z.B. rheumatisch
3 = Arthrose
9 = sonstige

Begleiterkrankung/Voroperation

12 Polyneuropathie 0 = nein 1 = ja

13 Voroperation im Bereich des Karpaltunnels auf der gleichen Seite
0 = nein 1 = ja

Präoperative Diagnostik/Klinische Befunde

Klinischer Befund

14 Phalen-Test positiv 0 = nein 1 = ja

15 sensible Störungen im Versorgungsgebiet des N. medianus
0 = nein 1 = ja

16 Atrophie der lateralen Thenarmuskulatur 0 = nein 1 = ja

17 Parese der lateralen Thenarmuskulatur 0 = nein 1 = ja

Elektrophysiologische Befunde

18 distale motorische Latenz verlängert
0 = nein 1 = ja 2 = nicht bestimmt

19 sensible Nervenleitgeschwindigkeit verlangsamt
0 = nein 1 = ja 2 = nicht bestimmt

20 Elektromyographie pathologisch
0 = nein 1 = ja 2 = nicht bestimmt

21 Einstufung nach ASA-Klassifikation
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

Operation

22 OP-Datum
TT.MM.JJJJ

23 Operation (OPS)
1. - :
2. - :
3. - :

24 Operateur hat Facharztstatus
0 = nein 1 = ja

25 Dauer des Eingriffs
(Schnitt-Nahtzeit) Minuten

Operation - offen

26 Schnittführung
0 = nein
1 = nur Handgelenk
2 = nur Hohlhand
3 = Handgelenk und Hohlhand

Operation - endoskopisch

27 Operation endoskopisch
0 = nein
1 = rein endoskopisch
2 = Minischnitt und endoskopischer Einsatz

28 Dekompression des Nerven durch Spaltung des Retinaculum flexorum und
0 = keine weiteren Verfahren
1 = Neurolyse ohne Epineurotomie
2 = Neurolyse mit Epineurotomie
3 = interfaszikuläre Neurolyse

29 Blutleere/Blutsperre 0 = nein 1 = ja

30 Vergrößerungstechnik eingesetzt (z. B. Operationsmikroskop, Lupenbrille)
0 = nein 1 = ja

Komplikationen

31 intraoperative Nervenverletzung
0 = nein 1 = ja

32 spezifische postoperative Komplikation(en) (bis zur Entlassung)
0 = nein 1 = ja
wenn ja:

33 zusätzliche motorische Ausfälle 1 = ja

34 zusätzliche sensible Ausfälle 1 = ja

35 zusätzliche lokale vegetative Störung(en) 1 = ja

36 Nachblutung 1 = ja

37 Wunddehiszenz 1 = ja

38 sonstige 1 = ja

39 Revision erforderlich 0 = nein 1 = ja



Diese Bogenseite nur einmal pro stationärem Aufenthalt ausfüllen

Entlassung

40 Entlassungsdatum Fachabteilung

TT.MM.JJJJ . .

41 Entlassungsdatum Krankenhaus

TT.MM.JJJJ . .

42 Entlassungsdiagnose(n) ICD-10

1. . 5. .

2. . 6. .

3. . 7. .

4. . 8. .