

Anlage 6
zum Vertrag über die Durchführung einer Tonsillotomie im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung gültig ab dem 01.01.2013

Versorgungsvertrag Tonsillotomie

Hinweis:

Diese Dokumentation verbleibt in der Arztpraxis – kann bei Bedarf von der KVWL angefordert werden!

Dokumentationsbogen – für den Operateur

Patient

Patientenidentifikations-/Dokumentationsnummer

Alter:

Geschlecht: männlich weiblich

Postleitzahl (Angabe der ersten 3 Ziffern):

Unterschriebene Teilnahmeerklärung des Patienten liegt vor

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 vergangen 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						
Wundheilung						
Schmerzverlauf						
Ess- und Trinkverhalten						
Besserung der Symptome						

Auftreten von Nachblutungen

ja

nein

Behandlung

konservativ

operativ

Bemerkung:

Ort, Datum

Unterschrift des Operateurs

Vertragsarztstempel