

DOKUMENTATIONSBOGEN ARTHROSKOPIE-SCHULTER

(gemäß § 136 Abs. 2 SGB V Qualitätsbeurteilungs-
Richtlinie Arthroskopie)



KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG
RHEINLAND-PFALZ

Name, Vorname des Patienten (in Druckbuchstaben)

Geburtsdatum (TTMMJJJJ)

Praxisstempel

Operationsbericht

OP-Datum: _____

Operateur: _____ Assistenz: _____

Anästhesie: _____

Operationsgrund: _____

Diagnose mit Seitenangabe: _____

Durchgeführte Operation: _____

ICD-Code: _____

OPS: _____

Ggf. Blutsperrezeit/Blutleerezeit: _____

Lagerung des/der Patienten/in: _____

Operationsdauer: _____

bei Normalbefund entsprechende Feststellung: _____

bei pathologischem Befund detaillierte Beschreibung (Lokalisation mit Seitenangabe, Größe, Form, Struktur usw.):

Beschreibung des operativen Vorgehens:

Beschreibung des Endbefundes nach Abschluss der Operation:

Begründete Benennung nicht darstellbarer bzw. in der Bilddokumentation nicht zu beurteilender Areale:

Angaben zur Indikation eventueller Folgeeingriffe oder konservativer Maßnahme:

Ort, Datum

Unterschrift