

DOKUMENTATIONSBOGEN ARTHROSKOPIE-SCHULTER

(gemäß § 135b Abs. 2 SGB V
Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Arthroskopie)

Name, Vorname des Patienten (in Druckbuchstaben)

Geburtsdatum (TTMMJJJJ)_____

Praxisstempel

Operationsbericht

OP-Datum: _____ OP-Dauer: _____

Operateur: _____ Assistenz: _____

Anästhesie: _____

Operationsgrund

Präoperativer Befund und Verdachtsdiagnose **oder** Diagnose mit Seitenangabe

Durchgeführte Operation

ICD-Code

OPS

Ggf. Blutsperrezeit/Blutleerezeit:

Lagerung des/der Patienten/in:

Bei Normalbefund am **Schultergelenk** 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