

Abtragung Polypen/Biopsie (vom koloskopierenden Arzt zu dokumentieren)

1. Patientendaten

- 1.1. Krankenkassennummer: _____
- 1.2. Krankenkasse: _____
- 1.3. Versichertenstatus: _____
- 1.4. Vorname: _____
- 1.5. Nachname: _____
- 1.6. Geburtsdatum: _____
- 1.7. Postleitzahl: _____
- 1.8. Staatsangehörigkeit: _____
- 1.9. Geschlecht: _____
- 1.10. FARKOR-ID: _____

2. Allgemeine Angaben

- 2.1. Datum der Abtragung: _____

3. Allgemeine Angaben

- 3.1. Polypenabtragung/Biopsie: *(Mehrfachauswahl)*
- Schlingenektomie mittels Hochfrequenz
- Schlingenektomie ohne Hochfrequenz (kalte Schlingenektomie)
- Zangenabtragung
- 3.2. Polyp(en) entfernt: *(Einfachauswahl)*
- Alle
- Ein Teil
- Keiner
- 3.3. Polypen geborgen:
- Ja
- Nein

3.4. Biopsie entnommen:

- Ja
 Nein

4. Interventionspflichtige Komplikationen

4.1. Interventionspflichtige Komplikationen:

- Ja
 Nein

Wenn ja, welche? (*Mehrfachauswahl*)

- Kardiopulmonal
 Blutung
 Perforation
 Andere

4.2. Behandlung der Komplikation: (*Einfachauswahl*)

- Nicht bekannt
 Konservativ
 Operativ

Wenn operativ: (*Einfachauswahl*)

- Nicht bekannt
 Ambulant
 Stationär

4.3. Ausgang der Komplikationen: (*Einfachauswahl*)

- Restitutio ad integrum
 Folgeschäden
 Tod des Patienten
 Unbekannt
 Keine Angabe