Dokumentationsbogen
Ambulante Kataraktoperationen - Prozessablauf

AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	BKN

Name, Vorname des Versicherten:

geb. am:…….
tt.mm.jjjj

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Arztstempel (Operateur)

Unterschrift:……

1. Angaben zur Zuweisung

Name, Vorname des Zuweisers:……. LANR:…….

Diagnose(n):……...

ICD10:……..

2. Angaben zur Operation und Anästhesie

Indikation bestätigt: ☐ ja ☐ nein ICD10:……

Diagnose(n):……

Ambulante OP möglich:

☐ ja, durchgeführt am:…….
tt.mm.jjjj ☐ linkes Auge ☐ rechtes Auge

☐ nein, da: ☐ Begleiterkrankungen, ICD10:……...

☐ sonstige Gründe:……
Einweisung zur stationären OP: ☐ ja ☐ nein

Anästhesie erfolgt: ☐ ohne Anästhesist (Anästhesie wird vom Operateur durchgeführt)

☐ mit Anästhesist Name, Vorname:……...

LANR:…….

postoperative Überwachung erfolgt: ☐ ohne Anästhesist (wird vom Operateur durchgeführt)

☐ mit Anästhesist Name, Vorname:……...

LANR:…….

3. Angaben zur Nachbehandlung

postoperative Behandlung erfolgt durch: ☐ den unter 1. genannten Zuweiser

☐ mich selbst

postoperative Behandlung erfolgte am:
(tt.mm.jjjj)

1. Behandlungstermin:…….

2. Behandlungstermin:……

3. Behandlungstermin:…….

Hinweis: Stempel nur erforderlich, wenn postoperative Behandlung durch den Zuweiser erfolgt.

Arztstempel (Zuweiser)

Unterschrift:……