

Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten
geb.am
Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status
Vertragsarzt-Nr. VK gültig bis

Dokumentationsbogen „Ambulante Kataraktoperationen“

Geschlecht: männlich weiblich

Alter: - 18 19-40 41- 50
 51-60 61-70 71- 80 über 80

Teil 1: Dokumentation durch den überweisenden Augenarzt

Hinweis: Bitte alle Blätter stempeln

Diagnose(n)

ICD 10: Vorgesehene Operation:

Aufklärung über die Möglichkeit einer amb. Kataraktop. erfolgte am:

Stempel Augenarzt

Unterschrift:

Teil 2: Dokumentation durch den ambulanten Operateur

Hinweis: Bitte alle Blätter stempeln

Indikation bestätigt: ja nein ICD 10:

Diagnose(n):

Ambulante OP möglich: ja, erfolgt am

nein, da Begleitkrankheiten ICD:

sonstige Gründe:

Einweisung zur stationären OP: ja nein

Postoperative Überwachung durchgeführt: ja nein

Stempel Operateur

Unterschrift:

Nachbehandlung: Datum: Datum: Datum: Datum:

Komplikationsloser Verlauf

Komplikationen: Blutung Infektion Sonstiges.....

Stationäre Einweisung erforderlich: ja nein

Teil 3: Dokumentation durch den Anästhesist

Hinweis: Bitte alle Blätter stempeln

Datum der OP:

Narkose: Analgosedierung Voll

Sonstige:

Komplikationen: nein

ja:

Postoperative Überwachung durchgeführt: ja nein

Stempel Anästhesist

Unterschrift:

Teil 4: Dokumentation des nachbehandelnden Augenarztes

(maximal 4 (einschl. vom Operateur durchgeführte) innerhalb 30 Tagen nach OP)

Hinweis: Bitte alle Blätter stempeln

Datum: Datum: Datum: Datum:

Komplikationsloser Verlauf

Komplikationen: Blutung Infektion Sonstiges.....

Stationäre Einweisung erforderlich: ja nein

Patientenzufriedenheit: gut befriedigend

mangelhaft, wegen Aufklärung OP-Verlauf

ärztl. Betreuung postoperativ häuslicher Versorgung psychischer Belastung

Stempel Augenarzt

Unterschrift: