



<p><b>Vertragspartner-Nr.:</b> .....</p> <p><b>Fachgebiet:</b> .....</p> <p><b>Ordinationsbundesland:</b> .....</p> <hr/> <p><b>Sozialversicherungsnummer:</b></p> <p>_____</p> <p><b>Versicherungsträger:</b></p> <p>_____</p> <p><b>Geschlecht:</b></p> <p><input type="checkbox"/> weiblich                      <input type="checkbox"/> männlich</p> <p><b>Familienname/Nachname:</b></p> <p>_____</p> <p><b>Vorname:</b></p> <p>_____</p> <p><b>Geburtsdatum:</b></p> <p>_____</p> <p><b>Postleitzahl:</b>              <b>Ort (optional):</b></p> <p>_____</p> <p><b>Untersuchungsdatum:</b></p> <p>_____</p>	<p><b>Polypenabtragung / Biopsie</b></p> <p><b>Polypektomie mittels</b></p> <p>Schlinge*    <input type="checkbox"/> kalt                      <input type="checkbox"/> hochfrequent                      <input type="checkbox"/> keine</p> <p>Zangenabtragung*                      <input type="checkbox"/> ja                      <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Polyp(en) entfernt*                      <input type="checkbox"/> alle                      <input type="checkbox"/> ein Teil                      <input type="checkbox"/> keine(r)</p> <p>Polyp(en) geborgen*                      <input type="checkbox"/> ja                      <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Biopsie entnommen*                      <input type="checkbox"/> ja                      <input type="checkbox"/> nein</p> <p>* Bei Polypen / Sonstiges sind Angaben verpflichtend</p>
<p><b>Untersuchung</b></p> <p><input type="checkbox"/> Vorsorge                      <input type="checkbox"/> Nachsorge</p> <p><b>Vorbereitungsqualität</b></p> <p><input type="checkbox"/> ausgezeichnet                      <input type="checkbox"/> gut                      <input type="checkbox"/> mittelmäßig</p> <p><input type="checkbox"/> nicht ausreichend                      <input type="checkbox"/> schlecht                      <input type="checkbox"/> schlecht nur im rechten Kolon</p> <p><b>Sedierung / Analgesie</b></p> <p><input type="checkbox"/> ja                      <input type="checkbox"/> nein</p> <p><b>Zoekum erreicht</b></p> <p><input type="checkbox"/> ja                      <input type="checkbox"/> nein</p> <p><b>Grund für unvollständige Koloskopie</b></p> <p><input type="checkbox"/> Verschmutzung                      <input type="checkbox"/> Komplikation</p> <p><input type="checkbox"/> Schmerzen                      <input type="checkbox"/> Stenose                      <input type="checkbox"/> Sonstiges</p>	<p><b>Interventionspflichtige Komplikationen</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja                      <input type="checkbox"/> kardiopulmonal                      <input type="checkbox"/> Blutung</p> <p>   <input type="checkbox"/> Perforation                      <input type="checkbox"/> andere</p> <p><b>Behandlung der Komplikation</b></p> <p>   <input type="checkbox"/> konservativ                      <input type="checkbox"/> operativ</p> <p>   <input type="checkbox"/> ambulant                      <input type="checkbox"/> stationär</p> <p><b>Ausgang der Komplikation</b></p> <p>   <input type="checkbox"/> Restitutio ad integrum                      <input type="checkbox"/> Folgeschäden</p> <p>   <input type="checkbox"/> Tod des Patienten                      <input type="checkbox"/> unbekannt</p>
<p><b>Makroskopischer Befund</b></p> <p><input type="checkbox"/> ohne Befund                      <input type="checkbox"/> Rektum-Ca.</p> <p><input type="checkbox"/> Polyp(en)                      <input type="checkbox"/> Kolon-Ca.                      <input type="checkbox"/> Sonstiges</p>	<p><b>Histologischer Befund</b></p> <p><b>Polyp</b>                      <input type="checkbox"/> hyperplastisch                      <input type="checkbox"/> sonstiger (gutartig)</p> <p><b>Adenom</b>                      <input type="checkbox"/> 1    <input type="checkbox"/> 2    <input type="checkbox"/> 3                      <input type="checkbox"/> 4    <input type="checkbox"/> 5    &gt; 5 .....**</p> <p>   <input type="checkbox"/> tubulär                      <input type="checkbox"/> sessil serratiert (SSA)</p> <p>   <input type="checkbox"/> villös                      <input type="checkbox"/> traditionell serratiert (TSA)</p> <p>   <input type="checkbox"/> tubulovillös</p> <p>in toto entfernt*    <input type="checkbox"/> ja                      <input type="checkbox"/> nein                      <input type="checkbox"/> unklar</p> <p><b>Lokalisation Adenome</b></p> <p><input type="checkbox"/> nur proximal d. Sigma    <input type="checkbox"/> nur Sigma/Rektum    <input type="checkbox"/> distales &amp; proximales Kolon</p> <p><b>Dysplasie</b></p> <p><input type="checkbox"/> keine                      <input type="checkbox"/> niedriggradig                      <input type="checkbox"/> hochgradig</p> <p><b>Karzinom</b>                      <input type="checkbox"/></p> <p>in toto entfernt*    <input type="checkbox"/> ja                      <input type="checkbox"/> nein                      <input type="checkbox"/> unklar</p> <p><b>Sonstiges</b>                      <input type="checkbox"/> benigne                      <input type="checkbox"/> maligne</p> <p>* Bei Adenom/ Karzinom sind Angaben verpflichtend   ** Bitte hier die genaue Anzahl angeben</p>
<p><b>Bei Polypen und / oder Karzinom</b></p> <p><b>Zahl</b>                      <input type="checkbox"/> 1    <input type="checkbox"/> 2    <input type="checkbox"/> 3    <input type="checkbox"/> 4    <input type="checkbox"/> 5    &gt; 5 .....**</p> <p><b>Form*</b>                      <input type="checkbox"/> sessil                      <input type="checkbox"/> gestielt                      <input type="checkbox"/> flach</p> <p><b>Größe*</b>                      <input type="checkbox"/> &lt; 0,5 cm                      <input type="checkbox"/> 0,5–1 cm</p> <p>   <input type="checkbox"/> 1–2 cm                      <input type="checkbox"/> &gt; 2 cm</p> <p><b>Lokalisation</b></p> <p><input type="checkbox"/> nur Sigma/Rektum                      <input type="checkbox"/> nur proximal des Sigma</p> <p><input type="checkbox"/> distales und proximales Kolon</p> <p>* Bei mehreren Polypen den mit der schwerwiegendsten Pathologie beschreiben                  ** Bitte hier die genaue Anzahl angeben</p>	<p><b>Schwerwiegendste Diagnose</b></p> <p><input type="checkbox"/> Darmpolyp(en)                      <input type="checkbox"/> Kolon-Ca.</p> <p><input type="checkbox"/> Adenome                      <input type="checkbox"/> Sonstiges</p> <p><input type="checkbox"/> Rektum-Ca.</p>
<p><b>Kommentar:</b></p> <p>_____</p>	<p><b>Angeratene weitere Maßnahmen bei Polyp(en)/Adenom(en)/Karzinom</b></p> <p><input type="checkbox"/> ja                      <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> endoskopische Polypenabtragung</p> <p>   <input type="checkbox"/> ambulant    <input type="checkbox"/> stationär</p> <p><input type="checkbox"/> Operation</p> <p><input type="checkbox"/> Kontrollkoloskopie in ..... Monaten angearaten</p>