

Anlage 6 zum Vertrag über die Durchführung einer Tonsillotomie

**Dokumentationsbogen – 1. Nachbehandlung**

Patientenname: \_\_\_\_\_

Patientenidentifikations-/Dokumentationsnummer: \_\_\_\_\_

Datum der 1. Nachbehandlung: \_\_\_\_\_

1. Nachbehandlung wird durchgeführt von Name Operateur: \_\_\_\_\_

LANR: \_\_\_\_\_

BSNR: \_\_\_\_\_

	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft	ungenügend
Allgemeines Befinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wundheilung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzverlauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ess- und Trinkverhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besserung der Symptome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Auftreten von Nachblutungen  nein  ja

Behandlung  konservativ  operativ

sonstige Bemerkungen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Operateur

Anlage 7 zum Vertrag über die Durchführung einer Tonsillotomie

**Dokumentationsbogen – 2. Nachbehandlung**

Patientenname: \_\_\_\_\_

Patientenidentifikations-/Dokumentationsnummer: \_\_\_\_\_

Datum der 2. Nachbehandlung: \_\_\_\_\_

2. Nachbehandlung wird durchgeführt von Name Operateur: \_\_\_\_\_

LANR: \_\_\_\_\_

BSNR: \_\_\_\_\_

	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft	ungenügend
Allgemeines Befinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wundheilung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzverlauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ess- und Trinkverhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besserung der Symptome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Auftreten von Nachblutungen     nein     ja

Behandlung     konservativ     operativ

sonstige Bemerkungen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Operateur

Anlage 8 zum Vertrag über die Durchführung einer Tonsillotomie

### Dokumentationsbogen – 3. Nachbehandlung

**Sofern die Behandlung von einem konservativ tätigen nachbehandelnden HNO-Arzt durchgeführt wird, bitte diesen Dokumentationsbogen nach der Nachbehandlung an den Operateur übersenden!**

Patientenname: \_\_\_\_\_

Patientenidentifikations-/Dokumentationsnummer: \_\_\_\_\_

Datum der 2. Nachbehandlung: \_\_\_\_\_

3. Nachbehandlung wird durchgeführt von Name Arzt: \_\_\_\_\_

LANR: \_\_\_\_\_

BSNR: \_\_\_\_\_

	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft	ungenügend
Allgemeines Befinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wundheilung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzverlauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ess- und Trinkverhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besserung der Symptome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Auftreten von Nachblutungen  nein  ja

Behandlung  konservativ  operativ

sonstige Bemerkungen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes