

## 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