

## 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