

## Datenerhebungsbogen – Aktenrecherche

---

### Patientendaten

Nachname:

Vorname:

( ggf. Patientenetikett )

Geb.-Datum:

Alter:

Geschlecht: männlich  weiblich

---

### Diagnose

---

### Allgemeine Anamnese

- |                             |                          |         |
|-----------------------------|--------------------------|---------|
| Allergie                    | <input type="checkbox"/> | welche: |
| Anfallsleiden/Epilepsie     | <input type="checkbox"/> |         |
| Atemwegserkrankung          |                          |         |
| Chronische Bronchitis       | <input type="checkbox"/> |         |
| Lungenemphysem              | <input type="checkbox"/> |         |
| Blutgerinnungstörungen      |                          |         |
| angeborene und erworbene    |                          |         |
| Koagulopathien              | <input type="checkbox"/> |         |
| Antikoagulantien            | <input type="checkbox"/> |         |
| Diabetes Mellitus           | <input type="checkbox"/> |         |
| Hämatologisch Erkrankungen  | <input type="checkbox"/> |         |
| Herz-Kreislauf-Erkrankungen |                          |         |
| Herzinsuffizienz            | <input type="checkbox"/> |         |
| Angina pectoris             | <input type="checkbox"/> |         |
| Infarkt                     | <input type="checkbox"/> |         |
| Arrhythmien                 | <input type="checkbox"/> |         |
| Schrittmacher               | <input type="checkbox"/> |         |
| Klappenfehler/Ersatz        | <input type="checkbox"/> |         |
| Infektionskrankheiten       |                          |         |
| Hepatitis                   | <input type="checkbox"/> |         |
| HIV                         | <input type="checkbox"/> |         |
| Lebererkrankungen           |                          |         |
| Nierenerkrankungen          |                          |         |
| Niereninsuffizienz          | <input type="checkbox"/> |         |
| Dialyse                     | <input type="checkbox"/> |         |
| Schilddrüsenerkrankungen    | <input type="checkbox"/> |         |
| Tumorerkrankungen           | <input type="checkbox"/> |         |
| Frühere Operationen         | <input type="checkbox"/> | welche: |
| Einnahme von Medikamenten   | <input type="checkbox"/> | welche: |
| HWS-Syndrom                 | <input type="checkbox"/> |         |
| Mittelgesichtstrauma        | <input type="checkbox"/> |         |
| Nasenscheidewandverkrümmung | <input type="checkbox"/> |         |

## Nasenscheidewandoperation

---

### Spezielle Anamnese

- familiär gehäuft aufgetretene KH-Erkrankungen   
chronische KH-Erkrankung   
akute KH-Erkrankungen   
Unfall   
iatrogen bedingte Erkrankung   
Behandlung im OK-Seitenzahnbereich

Schmerzart: dumpf ; hell , pulsierend , ausstrahlend , permanent   
lageabhängig , stechend

Schmerzdauer: Sekundenschmerz , Minutenschmerz , Stundenschmerz   
Tageschmerz , permanent

Schmerzlokalisierung:

Schmerzassoziation:

Auswirkungen auf andere Empfindungen:

---

### Klinischer Befund

- Druckdolenzen  wo:  
Asymmetrien  wo:  
Deformationen  wo:  
Hautverfärbungen  wo:  
Sensibilitätsstörung  welche:  
Muskelbeschwerden  welche:
- 

### Röntgenologischer Befund

Kleinröntgenbild  Datum: \_\_. \_\_. \_\_ Befund: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

geneigte NNH-Aufnahme  Datum: \_\_. \_\_. \_\_ Befund: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

axiale NNH-Aufnahme

Datum: \_\_. \_\_. \_\_

Befund:

---

---

OPG

Datum: \_\_. \_\_. \_\_

Befund:

---

---

MRT

Datum: \_\_. \_\_. \_\_

Befund:

---

---

CT

Datum: \_\_. \_\_. \_\_

Befund:

---

---

Szintigraphie

Datum: \_\_. \_\_. \_\_

Befund:

---

---

Auffälligkeiten:

---

---

### Endoskopischer Befund

Sinuskopie

Auffälligkeiten:

---

---

---

---

### Ambulanter Verlauf

Aufnahmedatum: \_\_. \_\_. \_\_

Versorgungsdauer: Am: \_\_. \_\_. \_\_, \_\_. \_\_. \_\_, \_\_. \_\_. \_\_, \_\_. \_\_. \_\_, \_\_. \_\_. \_\_, \_\_. \_\_. \_\_

Maßnahmen/Medikamente:

---

---

---

---

### Stationärer Verlauf

Beginn:  
Ende:  
Tage:  
Tage präoperativ:  
Tage postoperativ:

Operation: Datum: \_\_. \_\_. \_\_ Instrumentenvorbereitung: \_\_ min  
Anästhesiedauer: \_\_ min  
reine OP-Dauer: \_\_ min  
Gesamtdauer: \_\_ min  
Operateur: CA , OA , FA , ASS , (5 / 4 / 3 / 2 / 1)  
intern: Herr / Frau \_\_\_\_\_

Operationsmethode: Knochenfenster ; osteoklastisch , Zahntentfernung ,  
plast. Deckung , sonstige: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Antibiotikatherapie: Intraoperativ: (Name) \_\_\_\_\_ (Menge) \_\_\_\_\_  
Postoperativ: (Name) \_\_\_\_\_ (Menge) \_\_\_\_\_  
über \_\_ Tage  
Abstrich: ja  / nein  (Ergebnis: \_\_\_\_\_)

Schmerzmedikation: präoperativ:  
(Name) \_\_\_\_\_ (Menge) \_\_\_\_\_  
postoperativ: (Name) \_\_\_\_\_ (Menge) \_\_\_\_\_  
über \_\_ Tage  
(Name) \_\_\_\_\_ (Menge) \_\_\_\_\_  
über \_\_ Tage

---

Komplikation: Nachblutung: ja  nein   
spez.: \_\_\_\_\_

Hämatombildung: ja  nein   
spez.: \_\_\_\_\_

Infektion: ja  nein   
spez.: \_\_\_\_\_

Wundheilstörung ja  nein   
spez.: \_\_\_\_\_

---

**Therapie stationär:**

Tamponade  Dauer:  
Spülungen  wie oft:  
Kamillendampfbad  wie oft:

---

**Besonderheiten**

---

---

---

**Postoperative Beschwerden** ja  nein

Welcher Art: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

**Nachbehandlung** ja  nein

Welcher Art: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Fotodokumentation**

ja  nein

---

**Dokumentation**

gut   
lückenhaft   
ausreichend   
unzureichend

---