



VORSORGE-KOLOSKOPIE - Befunddokumentation

Name und Anschrift der Probandin

Postleitzahl	

Sozialversicherungsnummer - TT - MM - JJ

					-			-			-		
--	--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	---	--	--

versichert bei:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Versicherungsstatus

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> erwerbstätig , AMS | <input type="checkbox"/> Fremdstaaten |
| <input type="checkbox"/> Pensionist | <input type="checkbox"/> EU-Abkommen |
| <input type="checkbox"/> Kriegshinterbliebener | <input type="checkbox"/> Nicht versichert |

Assistenz: _____

Vorbereitung (Präp. und Menge): _____

Prämedikation (Präp. und Menge): _____

Inspektion: unauffällig auffällig

Beurteilbarkeit: gut mäßig nicht ausreichend

Unters. - komplett: ja (4060) nein (4061, mit Begründung!)

Begründung: _____

Koloskopie-Befund

Coekum/terminales Ileum: _____

C. ascendens: _____

C. transversum: _____

C. descendens: _____

C. sigmoideum: _____

Rektum (inkl. Inversion): _____

Normalbefund: ja nein

Pathologie sessiler Polyp gestielter Polyp flat adenoma

Anzahl der Polypen: _____ Anzahl der Polypektomien: _____

Schlingenpolypektomie: ja (215) nein

Histologie

benigne _____

mit schweren Zellatypien _____

Carcinome _____

Komplikationen ja (welche?) nein

Untersuchungsdatum: _____ (TTMMJJJJ)

Arzt Name/Vertragsp.Nr.: _____