

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen Nr.	Versicherten Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr:	Arzt-Nr.	Datum

Druckfeld für Patienten- und Vertragsarzt-daten

BARMER

HEK
HANSEATISCHE KRANKENKASSE

IKK
HAMBURG

Doku-Bogen weitergeleitet an:

- Orthopäde / Chirurg
- Orthopäde / Chirurg für Zweitmeinung
- Krankenhaus für OP

Fax.: (0 40) 226 227 – 580

GSB – Dokumentation IV Orthopädie

Abrechnungsquartal Jahr:

Quartal: I. II. III. IV.

Dokumentationsbogen Hüft-Endoprothese – IV Orthopädie –

Hüfte: rechts links

- Erstbefund Zweitbefund Ambulante Reha Stationäre Reha
- Kontrolle 1 (4.-6. Wo.) Kontrolle 2 (3.-6. Mo.) Kontrolle 3 (1 J.)

ICD-Code: |

Gesicherte Diagnose Nebendiagnose Nebendiagnose Nebendiagnose Nebendiagnose

Schmerz

- kein
- gelegentlich, aber keine Einschränkungen
- leicht, Schmerz bei ungewohnter Tätigkeit
- mäßig, Einschränkung der Aktivitäten
- stark, deutliche Einschränkung
- Ruheschmerz, totale Einschränkung

Treppensteigen

- normal
- mit Hilfe eines Geländers
- mit Hilfe einer anderen Methode
- nicht möglich

Sitzen

- normaler Stuhl, 1 Stunde
- hoher Stuhl für eine ½ Stunde
- ½ Stunde Sitzen unmöglich

Gehhilfe

- keine
- 1 Handstock für lange Gänge
- 1 Handstock, dauernd
- 1 Unterarmstütze
- 2 Handstöcke
- 2 Unterarmstützen

Hinken

- kein
- leicht
- mäßig
- schwer

Anziehen v. Schuhen & Strümpfen

- ohne Schwierigkeiten
- mit Hilfsmitteln
- unmöglich

Gehstrecke

- unbegrenzt
- ½ bis 1 Stunde
- 10 Minuten bis ½ Stunde
- nur im Haus
- Gehen unmöglich

Benutzung öffentliche Verkehrsmittel

- möglich
- unmöglich

Körperlicher Status

Größe _____ cm Gewicht _____ kg

Klinischer Befund

Extension – Flexion _____ - _____ - _____
 Abduktion – Adduktion _____ - _____ - _____
 Außen- Innenrotation _____ - _____ - _____

Beinlängendifferenz unter 3 cm über 3 cm

Röntgen (nur praeop.)

- | | | | |
|--------------|---|---------------------------------------|-------------------------------------|
| Osteophyten | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> eindeutig | <input type="checkbox"/> große |
| Gelenkspalt | <input type="checkbox"/> nicht verschmälert | <input type="checkbox"/> verschmälert | <input type="checkbox"/> aufgehoben |
| Sklerose | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> leicht | <input type="checkbox"/> mit Zysten |
| Deformierung | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> leicht | <input type="checkbox"/> deutlich |

Weiteres Vorgehen

- stationäre Einweisung
- Wiedervorstellung in _____ Monaten

Datum

Unterschrift und Vertragsarztstempel