

..... **A n h a n g.**

Name	Vorname	Krankenblatt-Nr.
Aufnahme	Operation	Entlassung (Exitus)
Krankenhaus		1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nummer		2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Altersgruppe	Jahr	3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Stationäre Behandlung in Gruppen		5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>
Diagnose		8 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Operationsart		9 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Exitus	Obduktion	Todesursache
Kombinierte Diagnose		10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/>
Geburten	Alter	12 <input type="checkbox"/>
Stationäre Behandlung in Tagen		13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Stationäre Behandlung vor der Operation		15 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Stationäre Behandlung nach der Operation		16 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Programm		17 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Aborte	EU	18 <input type="checkbox"/>
Diagnostische Operation		19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/>
Alter bei der Menopause		21 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1. operierte genitale Erkrankung		22 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1. Operationsart		23 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Alter bei 1. operierter genitaler Erkrankung		24 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. operierte genitale Erkrankung		25 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Operationsart		26 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Alter bei der 2. operierter genitaler Erkrankung		27 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Mammaerkrankung		28 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Abrasiones in der späten Postmenopause		29 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1. operierter extragenitaler Tumor		30 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. operierter extragenitaler Tumor		31 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Uterus myomatosus als zusätzlicher Befund		32 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ovarialtumor als zusätzlicher Befund		33 <input type="checkbox"/>
Einweisungsdiagnose		34 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Aufnahmediagnose		35 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Operationsdiagnose		36 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Histologische Diagnose		37 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Gynäkologischer Befund (Mammabefund)		38 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Anamnese

Blutdruck	39	<input type="checkbox"/>						
Diabetes	40	<input type="checkbox"/>						
Miktionsbeschwerden Senkungsgefühl	41	<input type="checkbox"/>						
Fluor Juckreiz	42	<input type="checkbox"/>						
Obstipation Durchfälle	43	<input type="checkbox"/>						
Schmerzen Fieber	44	<input type="checkbox"/>						
Gewichts <u>ab</u> nahme Leibesumfangzunahme	45	<input type="checkbox"/>						
Aszites	46	<input type="checkbox"/>						
Blutung (Stärke, Dauer)	47	<input type="checkbox"/>						
Sonstige Beschwerden	48	<input type="checkbox"/>						

Diagnostik

Magen-Rö, MD-Passage Rektoskopie		
Kolonkontrasteinlauf	49	<input type="checkbox"/>
Ultraschall CTG		
i . v. -Pyelogramm	50	<input type="checkbox"/>
Asziteszytologie Lymphographie	51	<input type="checkbox"/>
Hormonuntersuchung	52	<input type="checkbox"/>
Sonstige Untersuchungen	53	<input type="checkbox"/>

Intraoperative Komplikationen

Uterus Blase Ureter	54	<input type="checkbox"/>
Rektum Sigma (Dickdarm) Dünndarm	55	<input type="checkbox"/>
Urethra, Gefäße usw.	56	<input type="checkbox"/>

postoperative Komplikationen

Sepsis Peritonitis	57	<input type="checkbox"/>
Sek. Wundheilung Bauchdeckenabszeß		
Platzbauch	58	<input type="checkbox"/>
Thrombophlebitis Thrombosis		
Thrombembolie	59	<input type="checkbox"/>
Ileus Hämatom-Nachblutung	60	<input type="checkbox"/>
"Herzkreislaufkomplikationen" Transfusionen	61	<input type="checkbox"/>
Sonstige Komplikationen (Fistel usw.)	62	<input type="checkbox"/>

Ovarialtumoren

Anzahl und Art der Tumoren	63	<input type="checkbox"/>
Inneres Genitale nach der Operation	64	<input type="checkbox"/>
Stieldrehung	65	<input type="checkbox"/>
Abrasio des Uterus oder des Stumpfes	66	<input type="checkbox"/>

Extragenitale Erkrankungen

Chirurg im Haus	67	<input type="checkbox"/>
Chir. Konsultation vor oder während der Operation	68	<input type="checkbox"/>
Operateur (Gynäkologe; Chirurg als Ass. oder als Oper.)	69	<input type="checkbox"/>
Verlegung in die Chir. Klinik nach der Operation	70	<input type="checkbox"/>