



**Basisblatt, Arzt Entlassung**

Nachname: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_  
 Aufn.-Datum: \_\_\_\_\_ Zimmer-Nr.: \_\_\_\_\_

Institutsnummer: \_\_\_\_\_  
 2  
 Aufnahmeummer: \_\_\_\_\_

\* Entlassungsgewicht: \_\_\_\_\_ kg

\* Entlassungstag: \_\_\_\_\_

\* Entlassungsform: \_\_\_\_\_

Arbeitsfähigkeit: \_\_\_\_\_

- |                                |                               |  |                               |  |
|--------------------------------|-------------------------------|--|-------------------------------|--|
| 1=regulär                      | 4=vorzeitig ohne ärztl. Einv. | 7=Wechsel zu ambulanter, teilstationärer, stationärer Reha | 0=Maßn. nicht ordn. abgeschl. | 4=Kinder-HB  |
| 2=vorzeitig auf ärztl. Veranl. | 5=disziplinarisch             | 8=gestorben  | 1=arbeitsfähig                | 5=Hausfrau/Hausmann  |
| 3=vorzeitig mit ärztl. Einv.   | 6=verlegt                     |  | 3=arbeitsunfähig              | 6=Beurteilung nicht erforderlich! (Altersrentner, Angehöriger) |

**Entlassungsdiagnosen (min. 1 Diagnose erforderlich):**

ICD-10	Seitenlokalisation	Zusatzkennzeichen	Behandlungsergebnis	Beschwerden-Relevanz	Soz.-Med. Relevanz	d1% - d5%
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	9 ? _____	9 ? _____	izabbar
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	9 ? _____	9 ? _____	izabbar
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	9 ? _____	9 ? _____	izabbar
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	9 ? _____	9 ? _____	izabbar
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	9 ? _____	9 ? _____	izabbar

<b>Seitenlokalisation:</b>	<b>Zusatzkennzeichen:</b>	<b>Behandlungsergebnis:</b>	<b>Relevanz (Be/So):</b>
R: rechts	A: Ausgeschlossene Diagnose	0=1-9 trifft nicht zu	1=keine
L: links	V: Verdachtsdiagnose	1=gebessert	2=geringe
B: beidseits	Z: Symptomloser Zustand nach betreffender Diagnose	2=unverändert	3=mittlere
	G: Gesicherte Diagnose	3=verschlechtert	4=große
		9=entfällt (gestorben)	



**Basisblatt, Arzt Entlassung**

Nachname: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_  
 Aufn.-Datum: \_\_\_\_\_ Zimmer-Nr.: \_\_\_\_\_

Institutsnummer: \_\_\_\_\_  
 2  
 Aufnahmeummer: \_\_\_\_\_

**Empfohlene Massnahmen:**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diagnostische Klärung | <input type="checkbox"/> Stationäre Behandlung        | <input type="checkbox"/> Operation                |
| <input type="checkbox"/> Psychotherapie        | <input type="checkbox"/> Reha-Sport                   | <input type="checkbox"/> Rheumatraining           |
| <input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe     | <input type="checkbox"/> Sucht-Reha                   | <input type="checkbox"/> Suchtberatung            |
| <input type="checkbox"/> Spezielle Nachsorge   | <input type="checkbox"/> Stufenw. Wiedereingliederung | <input type="checkbox"/> Berufsfördernde Leistung |
|  |   | <input type="checkbox"/> Innerbetr. Umsetzung     |
|  |   | <input type="checkbox"/> Arbeitsplatzüberprüfung  |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsreduktion     | <input type="checkbox"/> Alkoholkarenz                | <input type="checkbox"/> Nikotinkarenz            |
| <input type="checkbox"/> Heil- und Hilfsmittel | <input type="checkbox"/> Wiederholung Rehabilitation  | <input type="checkbox"/> Sonstige Anregungen      |

Kontaktaufnahme mit Hausarzt: 0  nein 1  durchgeführt  
 Kontaktaufnahme mit Betriebsarzt: 0  nein 1  durchgeführt 2  empfohlen 3  abgelehnt  
 Kontaktaufnahme mit Krankenhaus: 0  nein 1  durchgeführt 2  empfohlen 3  abgelehnt

Ausübung der letzten beruflichen Tätigkeit möglich: \_\_\_\_\_

1= 6 Stunden und mehr  
 2= 3 bis unter 6 Stunden  
 3= 2 bis unter 3 Stunden  
 4= weniger als 2 Stunden

**Folgende Arbeiten können verrichtet werden:**

Körperliche Arbeitsschwere: \_\_\_\_\_ 1=schwere, 2=mittelschwere, 3=leichte bis mittelschwere, 4=leichte

Arbeiten im Stehen: \_\_\_\_\_ Gehen: \_\_\_\_\_ Sitzen: \_\_\_\_\_  
 1=ständig  
 2=überwiegend  
 3=zeitweise

Arbeitsorganisation:  Tagschicht  Früh-/Spätschicht  Nachtschicht

Einschränkungen (min. 1):  keine wesentlichen Einschränkungen  Sinnesorgane  
 geistige/physische Belastbarkeit  Bewegungs-/Haltungsapparat  
 Gefährdungs- und Belastungsfaktoren

Ausübung einer Tätigkeit entsprechend dem o.a. Leistungsbild möglich: \_\_\_\_\_  
 1= mehr als 6 Stunden  
 2= 3 bis 6 Stunden  
 3= weniger als 3 Stunden

Motivation zur Arbeitsaufnahme: 0  k-g 1  v 2  u  
 k-g= keine-gering  
 v= vorhanden  
 u= unklar

edk eob eop  
 ept ora ori  
 eeh ear eai  
 een cev ebf  
 ebi  
 ebe  
 egr oab erk  
 ehh epr eaa  
 kah  
 kab  
 kag  
 alb  
 kas  
 ast age asi  
 esk ess  
 esg esp  
 esf  
 aab  
 ma



**Basisblatt, Arzt Entlassung**

Nachname: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_  
 Aufn.-Datum: \_\_\_\_\_ Zimmer-Nr.: \_\_\_\_\_

Institutsnummer:  
 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_  
 Aufnahmeummer:  
 \_\_\_\_\_

**Beurteilen Sie die Zielerreichung der nachfolgend aufgeführten Ziele:**

	nicht erreicht	teilweise erreicht	ganz erreicht	
Vervollständigung der Diagnostik (somat., funkt., psycho-soz.)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	zvd
Verbesserung der Krankheitsinformation	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	zki
Verbesserung von Beschwerden	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	zbb
Gewichtsnormalisierung (Zu-/Abnahme)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	zgn
Verbesserung von Risikoverhalten, Verminderung von Abhängigkeitsproblematik	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	zrv
Verbesserung des krankheitsangemessenen Verhaltens	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	zkv
Verbesserung körperlicher Leistungsfähigkeit	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	zlf
Verbesserung von vitaler Erschöpfung/Streßbewältigung	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	zve
Verminderung von Depressionen und Ängstlichkeit	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	zda
Verbesserung von Krankheitsbewältigung	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	zkb
Erlernen von Techniken zur Selbstkontrolle/Hilfsmittelbenutzung	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	zsk
Verbesserung der Alltagsaktivitäten (Haushalt/Freizeit)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	zaa
Verbesserung berufliche Integration	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	zbi
Verbesserung soziale Integration/Kompetenz	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	zsi
Therapieoptimierung	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	zto
Verminderung von Therapiefolgestörungen	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	ztf
Sozialmedizinische Begutachtung (BU, EU?)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	zsb



# Diabetes, Arzt Entlassung

Nachname: _____	Institutsnummer: _____
Vorname: _____	2
Geb.-Datum: _____	Geschlecht: _____
Aufn.-Datum: _____	Zimmer-Nr.: _____
Aufnahmenummer: _____	

**Messungen:**

Blutdruck (Mittelwert 2. Tag):	_____ / _____	mm Hg
Blutdruck (Mittelwert vorletzter Tag):	_____ / _____	mm Hg
Nüchternblutzucker (2. Tag):	_____	mg/dl
Nüchternblutzucker (vorletzter Tag):	_____	mg/dl
<hr/>		
HbA1c bei Aufnahme:	_____	%
HbA1c bei Entlassung:	_____	% (optional)
Proteinurie:	_____	mg/24 Std.
Serum-Kreatinin:	_____	mg/dl
<hr/>		
Gesamt-Cholesterin bei Aufnahme:	_____	mg/dl
HDL-Cholesterin bei Aufnahme:	_____	mg/dl
LDL-Cholesterin bei Aufnahme:	_____	mg/dl (optional)
Triglyceride bei Aufnahme:	_____	mg/dl

**Untersuchungsbefunde und Probleme:**

Mikroalbuminurie:	1 <input type="checkbox"/> ja	0 <input type="checkbox"/> nein	8 <input type="checkbox"/> unklar
Retinopathie:	1 <input type="checkbox"/> ja	0 <input type="checkbox"/> nein	8 <input type="checkbox"/> unklar
Photokoagulation in den letzten 12 Monaten:	1 <input type="checkbox"/> ja	0 <input type="checkbox"/> nein	8 <input type="checkbox"/> unklar
<hr/>			
Füße: normales Vibrationsempfinden:	1 <input type="checkbox"/> ja	0 <input type="checkbox"/> nein	8 <input type="checkbox"/> fraglich
Füße: normales Schmerzempfinden:	1 <input type="checkbox"/> ja	0 <input type="checkbox"/> nein	8 <input type="checkbox"/> fraglich
Fußpulse tastbar - rechts:	1 <input type="checkbox"/> ja	0 <input type="checkbox"/> nein	8 <input type="checkbox"/> fraglich
- links:	1 <input type="checkbox"/> ja	0 <input type="checkbox"/> nein	8 <input type="checkbox"/> fraglich
<hr/>			
Ulkus/Gangrän akut - Fuß rechts:	1 <input type="checkbox"/> ja	0 <input type="checkbox"/> nein	
- Fuß links:	1 <input type="checkbox"/> ja	0 <input type="checkbox"/> nein	
Diabetischer Fuß (Wagner/Armstrong):	_____		
<hr/>			
Bypass/Dilatation der Beinarterien:	1 <input type="checkbox"/> ja	0 <input type="checkbox"/> nein	8 <input type="checkbox"/> unklar
Durchgeführte Amputation:	1 <input type="checkbox"/> ja	0 <input type="checkbox"/> nein	
<hr/>			
Autonome Neuropathie/Diagnostik:	1 <input type="checkbox"/> ja	0 <input type="checkbox"/> nein	
Erektile Dysfunktion:	1 <input type="checkbox"/> ja	0 <input type="checkbox"/> nein	8 <input type="checkbox"/> fraglich
Gestörte Hypoglykämie-Wahrnehmung:	1 <input type="checkbox"/> ja	0 <input type="checkbox"/> nein	8 <input type="checkbox"/> fraglich
Hinweise auf Schlafapnoe-Syndrom:	1 <input type="checkbox"/> ja	0 <input type="checkbox"/> nein	8 <input type="checkbox"/> fraglich

ras rad  
res red  
nza  
nze  
hba  
hbe  
pro  
kre  
cha  
hda  
lda  
tga  
  
alb  
brp  
bpk  
bfv  
bfs  
bpr  
bpl  
bur  
bul  
adf  
bbd  
bap  
ban  
bed  
bgh  
bsa



# Diabetes, Arzt Entlassung

Nachname: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_  
 Aufn.-Datum: \_\_\_\_\_ Zimmer-Nr.: \_\_\_\_\_

Institutsnummer:

\_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_

Aufnahmenummer:

\_\_\_\_\_

- Einzelschulung                       Gruppenschulung

**Teilnahme an Schulungen über:**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ernährung                       | <input type="checkbox"/> Selbstkontrolle                   | <input type="checkbox"/> Unterzuckerung        |
| <input type="checkbox"/> Insulintherapie                 | <input type="checkbox"/> Therapieanpassung                 | <input type="checkbox"/> Folgeschäden          |
| <input type="checkbox"/> Diabetischer Fuß                | <input type="checkbox"/> Sexualstörungen / Schwangerschaft |  |
| <input type="checkbox"/> Berufliche und soziale Probleme |  | <input type="checkbox"/> Krankheitsbewältigung |
| <input type="checkbox"/> Hypoglykämie-Wahrnehmung        | <input type="checkbox"/> Hypertonie                        | <input type="checkbox"/> Nikotinentwöhnung     |

**Behandlung bei Entlassung:**

- Nur
- |                                    |   |   |
|------------------------------------|---|---|
| 0 <input type="checkbox"/> keine   | 1 <input type="checkbox"/> Metformin                | 2 <input type="checkbox"/> Sulfonylharnstoffe |
| 3 <input type="checkbox"/> Glinide | 4 <input type="checkbox"/> alpha-Glucosidase-Hemmer | 5 <input type="checkbox"/> Glitazone          |
| 6 <input type="checkbox"/> andere  | 7 <input type="checkbox"/> Kombinationen            |   |

Insulindosis / Tag: \_\_\_\_\_

Injektionen / Tag: \_\_\_\_\_

- Insulin-Pumpe  
 Selbständige Dosisanpassung

**Ana...**

- |   |   |
|---|---|
| 0 <input type="checkbox"/> nein         | 1 <input type="checkbox"/> kurz wirkend |
| 2 <input type="checkbox"/> lang wirkend | 3 <input type="checkbox"/> beides       |
| 8 <input type="checkbox"/> unklar       |   |

**Zusätzliche Behandlung wegen:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hypertonus             | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz      |
| <input type="checkbox"/> koronare Herzkrankheit | <input type="checkbox"/> Dyslipidämie          |
| <input type="checkbox"/> Nephropathie           | <input type="checkbox"/> Neuropathie           |
| <input type="checkbox"/> Retinopathie           | <input type="checkbox"/> neuropathisches Ulkus |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges              |  |

- Betreuungsaufwand >60 Minuten/Woche

sa  
se ss su  
si st sf  
sd sx  
sd sk  
sw sh sn  
  
ed  
em  
  
ei  
ei eit  
eip  
eid  
  
eia  
  
eht ehi  
ekh edl  
enp ene  
erp enu  
eso  
  
aep



**Gastroenterologie, Arzt Entlassung**

Nachname: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_  
 Aufn.-Datum: \_\_\_\_\_ Zimmer-Nr.: \_\_\_\_\_

Institutsnummer:

2

Aufnahmenummer:

**Diagnostik:**

	nicht untersucht	un-auffällig	path. Befund	abgelehnt	
Gastroskopie	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	dga
Prokto-/Rektoskopie	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	dpr
partielle/hohe Koloskopie	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	dko
Sonografie	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	dso
Röntgen	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	drö
Leberhistologie	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	dih
ph-Metrie Oesophagus	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	dpo
Manometrie Oesophagus	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	dma
Inkontinenzdiagnostik	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	dik
H2-Atemtest					dh2
Enzephalopathie-Test	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	dh2
Berechnung Kalorienzufuhr	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	det
Malabsorptionsdiagnostik (Stuhlfett etc.)	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	dkz
Sonstiges(CT; NMR, Endosono, Transitzeitbestimmung, Stuhluntersuchung, Urease, Magenentleerung)	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	ddi

Gibt es anamnestische oder körperliche Befunde, die pathognomonisch für eine Diagnose außerhalb funktioneller Beschwerden sind? 0  nein    1  ja

**Bei CED bitte die entsprechenden Score-Werte eintragen:**

Bei Colitis ulcerosa: CAI:

Bei Morbus Crohn: CDAI:

**Bei Verdacht auf Reizdarm-Syndrom bitte den Score-Werte eintragen:**

Kruis-Score:

**Bei Leberzirrhose bitte das Child-Pugh-Stadium eintragen:**

0  A    1  B    2  C



**Gastroenterologie, Arzt Entlassung**

Nachname: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_  
 Aufn.-Datum: \_\_\_\_\_ Zimmer-Nr.: \_\_\_\_\_

Institutsnummer:

2

Aufnahmenummer:

Beratung/Schulung:	Einzel (>10 min)	Einzel u. Gruppe	Gruppe	abgelehnt	entfällt	
Post-OP Folgestörung	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	bop
Peptische Krankheiten	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	bpe
Leber	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	blb
Pankreas	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	bpa
Sucht	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	bsk
Schmerzen	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	bsc
Darmerkrankungen	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	bde
Stoma	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	bst
Reizdarm-Syndrom	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	brd
Psychologe	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	bps
Entspannung (z.B. Biofeedback, AT, Progressive Muskelrelaxation)	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	bes
Ernährung	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	ber
Sozial	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	bsz
Sonstiges	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	bs0

Durchgeführte Therapie	nein	neu	geändert	fort- geführt	ab- gesetzt	ab- gelehnt	
Lokale Wundversorgung	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	twv
Apparatives Sphinktertraining	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	tst
Stomatherapie	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	tso
Irrigation	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	tir
Hämorrhoidalbehandlung	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	thb
Sonstige	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	tsn



**Tumor, Arzt Entlassung**

Nachname: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_  
 Aufn.-Datum: \_\_\_\_\_ Zimmer-Nr.: \_\_\_\_\_

Institutsnummer:  
 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_  
 Aufnahmeummer:  
 \_\_\_\_\_

**TNM-Klassifikation bei Entlassung:**

0  unverändert      1  möglicherweise zu ändern      2  geändert

**Wenn geändert, aktuelle TNM-Klassifikation bei Entlassung:**

T: \_\_\_\_\_ N: \_\_\_\_\_ M: \_\_\_\_\_

**Neu diagnostiziert wurde:**

Organmetastase: 0  nein    1  Verdacht    2  dringender Verdacht \*    3  histologisch gesichert  
 Lokalrezidiv: 0  nein    1  Verdacht    2  dringender Verdacht \*    3  histologisch gesichert  
 Zweitumor: 0  nein    1  Verdacht    2  dringender Verdacht \*    3  histologisch gesichert  
 \*) (z.B. durch bildgebende Verfahren, Labor.)

**Behandlungsintention zum Entlassungszeitpunkt:**

0  kurativ      1  palliativ      3  nicht entschieden

**Ärztliche Aufklärungsarbeit während Reha:**

0  nicht      1  teilweise \*\*      2  umfassend  
 \*) (z.B. durch bildgebende Verfahren, Labor.)

**Hämoglobin bei Entlassung:**

\_\_\_\_\_ g/dl

**Diagnostik während Heilverfahren:**

<b>morphologisch</b>	Endoskopisch	0 <input type="checkbox"/> nein	1 <input type="checkbox"/> ja
	Röntgen	0 <input type="checkbox"/> nein	1 <input type="checkbox"/> ja
	Sonografie	0 <input type="checkbox"/> nein	1 <input type="checkbox"/> ja
	Andere	0 <input type="checkbox"/> nein	1 <input type="checkbox"/> ja

(z.B. Szintigrafie, CT, NMR, Endosonografie)



# Tumor, Arzt Entlassung

Nachname: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_  
 Aufn.-Datum: \_\_\_\_\_ Zimmer-Nr.: \_\_\_\_\_

Institutsnummer:

\_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_

Aufnahmenummer:

\_\_\_\_\_

<b>Funktionell:</b>	pH-Metrie	0 <input type="checkbox"/> nein	1 <input type="checkbox"/> ja
	Test für exokrine Pankreasfunktion	0 <input type="checkbox"/> nein	1 <input type="checkbox"/> ja
	H2-Atemtest	0 <input type="checkbox"/> nein	1 <input type="checkbox"/> ja
	Stuhldiagnostik	0 <input type="checkbox"/> nein	1 <input type="checkbox"/> ja
	Inkontinenzdiagnostik	0 <input type="checkbox"/> nein	1 <input type="checkbox"/> ja
	Malabsorptionsdiagnostik	0 <input type="checkbox"/> nein	1 <input type="checkbox"/> ja
	Berechnung Kalorienzufuhr	0 <input type="checkbox"/> nein	1 <input type="checkbox"/> ja
	Sonstiges	0 <input type="checkbox"/> nein	1 <input type="checkbox"/> ja

dp  
dx  
dh  
dt  
di  
dm  
dk  
do

**(Überwiegende) Indikation der Diagnostik:**

1  spezielle Beschwerden    2  im Rahmen der Nachsorge    3  zur sozialmed. Beurteilung    4  Sonstiges

id

**Neue Erkenntnisse der Diagnostik:**

Therapiebedürftige Folgezustände    0  nein    1  ja

ndf

**Therapie während der Rehabilitation:**

(Setzen Sie in jede Zeile ein Kreuz!)

	neu begonnen	fort- gesetzt	beendet	abgelehnt	entfällt
Lokale Wundversorgung	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Chemotherapie	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Antikörpertherapie	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Hormontherapie	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Alternative Therapie (z.B. Misteltherapie)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Schmerztherapie	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Psychopharmaka	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Substitution von Mangelerscheinungen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Therapie postop. Folgezustände	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

tlw  
tct  
tak  
tbt  
tat  
tst  
tpp  
tsm  
tpf

	einzel (>10 min.)	Gruppe	Einzel u. Gruppe	abgelehnt	entfällt
Krankheitsinformation/-bewältigung	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Psychotherapie	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Entspannung (z.B. Biofeedback)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Ernährung (Diät)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Sozialberatung	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Stomatherapieberatung	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Irrigation	1 <input type="checkbox"/>			6 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Spinktertraining/Beckenbodengymnastik	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

tki  
tkb  
tes  
ten  
tsb  
tso  
tir  
tbb