

Projekt Falldokumentation Dokumentationsstandard

Die Datenerfassung umfasst folgende Bereiche:

1. Patientendaten
2. Medizinische Vorgeschichte
3. Homöopathische Anamnese
4. Körperliche Befunde
5. Fallanalyse
6. Verordnung
7. Verlaufskontrollen

Optionale Angaben sind entsprechend gekennzeichnet.

1. Patienten-ID	<ol style="list-style-type: none"> 1. [Nur Praxisintern: Name, Vorname, Adresse, Geschlecht, Geburtsdatum] 2. [Nur Praxisintern: ggf. Versicherungs- und Rechnungsdaten] 3. für anonymisierte Fallsammlung: praxisinterne Pat.-ID sowie i.d.R. Geburtsjahr
2. Therapeuten-ID	<ol style="list-style-type: none"> 1. [optional: Name, Vorname, Adresse], Tätigkeitsgebiet, Therapeuten-ID für Fallsammlung
3. Fall-ID	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definition Akut/Chronisch 2. Diagnose (siehe 10.) 3. Behandlungsdatum bzw. -daten
4. Anamnesebericht	<ol style="list-style-type: none"> 1. Spontanbericht, gelenkter Bericht (Nachfragen, welche entsprechend gekennzeichnet werden); für einzelne Symptome Lokalität, Qualität, Modalitäten, erstes Auftreten, Auslöser, zeitlicher Verlauf, Begleiterscheinungen; für wiederkehrende Symptome Frequenz und Zusammenhänge mit biologischen Rhythmen; sonstige Beobachtungen 2. sinnvolle Auswahl wörtlicher Patientenaussagen, vollständige Symptome, Gesamtheit der Symptome 3. Vegetative Anamnese (chronische Fälle) 4. Sozialanamnese, Berufstätigkeit (chronische Fälle) 5. [optional: umfassende wörtliche Mitschrift]
5. frühere Krankheiten, medizinische Vorgeschichte	<ol style="list-style-type: none"> 1. alle (inkl. Behandlung, einschl. Impfungen, Operationen, Infektionskrankheiten, Schwangerschaften, Geburten) (chronische Fälle)
6. Familienanamnese	<ol style="list-style-type: none"> 1. alle familiären Krankheiten (chronische Fälle)
7. Konstitution (optional)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Körperbau, körperliche Merkmale, Eigenschaften ohne Krankheitswert
8. Befund	<ol style="list-style-type: none"> 1. körperlicher Befund (inkl. Größe, Gewicht, AZ, EZ) relevante Laborbefunde 2. relevante apparative Diagnostik 3. evtl. Fotografien, Fremdbefunde (ausschließlich innerhalb der Praxis, keine Weitergabe innerhalb der zentralen Dokumentation wg. Datenschutz)
9. Fallanalyse (Symptome)	<ol style="list-style-type: none"> 1. wesentliche Klagen des Patienten (Hauptbeschwerden), charakteristische Symptome [Definition: den Einzelfall bezeichnende, von anderen ähnlichen Krankheitsfällen unterscheidende Symptome (nach Hahnemann auffallende, sonderliche, ungewöhnliche, eigenheitliche Symptome, ORG § 153)] 2. wahlanzeigende Symptome, 3. Verlaufsrelevante Symptome 4. weitere deutliche Symptome und Modalitäten 5. Ätiologie (falls relevant), alle ärztlichen Beobachtungen

10. Diagnose	<ol style="list-style-type: none"> 1. Krankheitsname(n), bisherige Dauer der Krankheit, akut / chronisch, Stadium (sofern zu unterscheiden), Intensität der Hauptbeschwerde nach Einschätzung des Patienten/der Patientin (und/oder Behandlers) auf der numerischen Ratingskala (0-10) 2. [optional: Beschwerdeintensität der Nebenbeschwerden] 3. [optional: weitere Outcome-Parameter] 4. erweiterte Diagnoseliste (begleitende Symptome, außerhalb des Behandlungsauftrags), ICD-10-Codes der Diagnosen
11. Arznei/Arznei-ID	<ol style="list-style-type: none"> 1. Begründung der Arzneimittelwahl (z.B. Repertorisation, korrespondierende Symptome der MM, andere methodische Begründungen) 2. Ausschluss anderer Arzneimittel (differenzierender MM-Vergleich) 3. Arzneiname, Hersteller, Potenz 4. Applikationsform (Darreichungsform) 5. Einnahmевorschrift (Dosierung, Dauer und Art der Anwendung) 6. [optional: Kommentar (z.B. Zwischenmittel, Nosode, interkurrente Verschreibung)] 7. [optional: Sicherheit der Verschreibung, z.B. numerische Ratingskala]
12. Begleittherapie	<ol style="list-style-type: none"> 1. weitere Verordnungen und Empfehlungen, 2. andere Arzneimittel, 3. weitere Verfahren (inkl. Diätetik) 4. weitere beteiligte Behandler/Therapeuten, 5. Selbstbehandlung
13. Therapievereinbarung	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ist eine homöopathische Behandlung möglich bzw. begleitend möglich? 2. Festlegung der Behandlungsziele, Entscheidung ob eine alleinige oder begleitende homöopathische Therapie möglich ist, 3. weitere oder regelmäßige Diagnostik, 4. Kontrolltermin(e) / Wiedervorstellung
14. Verlauf	<ol style="list-style-type: none"> 1. jede Folgekonsultation (telefonisch oder persönlich) (Konsult-ID), Veränderung der Hauptbeschwerden, Intensität der Hauptbeschwerden nach Einschätzung des Patienten (und/oder Behandlers) auf der numerischen Ratingskala (0-10) – kausale Zuordnung zu der Arzneimittelverordnung (Arznei-ID) in der Wahrnehmung des Behandlers 2. Veränderung relevanter sonstiger Symptome [evtl. Skala: Intensität der Nebenbeschwerden] 3. [optional: Einschätzung von Bias-Faktoren, z.B. die Abgrenzung von Effekten anderer (Begleit-)Therapien oder vom Spontanverlauf der Erkrankung] 4. [optional: weitere Outcome-Parameter, Vergleich des Behandlungsergebnisses mit dem erstgenannten Therapieziel. Nachbeobachtungszeit nach Therapieende] 5. neue Therapiewahl mit Begründung (siehe 9.-12. Fallanalyse bis Begleittherapie) 6. Zusammenfassende Beurteilung des Verlaufs (z.B. Erstverschlimmerung, Besserung entsprechend Heringscher Regel, Unterdrückung) <p>Besondere Beobachtungen während des Verlaufs:</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. neue Symptome, Wiederkehr alter Symptome (ggf. in modifizierter Form), Heringsche Regel 8. Interkurative Arzneimittelprüfungssymptome 9. Ergänzungen zu der Anamnese (z.B. bisher nicht genannte Symptome und evtl. deren Verschwinden) 10. [Optional: Sonstige Kommentare zu dem Fall und Verlauf]
15. Stichworte	z.B. Unterdrückung, Heringsche Regel usw.