

Plausibilitäten Dokumentationsbogen QS Hörgeräteversorgung Kinder
Datum 12.08.2019 Version 1.03

KBV

Nr.	Item	Ausprägung / Datenformat	Pflichtfeld	Antwortmöglichkeiten	optional Plausibilitäten
Allgemeine und Patientenangaben					
1.	Patienten-ID	alphanumerisch (10 Zeichen)	ja		
2a.	Geburtsjahr des Kindes	Datum (JJJJ), wobei J=Jahr ist	ja		
2b.	Geburtsmonat des Kindes	Datum (MM=01-12), wobei M=Monat ist.	ja		
3.	Geschlecht				
	weiblich	true / false	ja	höchstens eine Antwort möglich	
	männlich	true / false			
	unbestimmt	true / false			
	divers	true / false			
Vor Verordnung			(ja); mindestens (Vor Verordnung) und (Verordnung) oder (Nachsorge) müssen ausgefüllt sein.		
4.	Untersuchungsdatum (Vor Verordnung / Verordnung)	Datum (TT-MM-JJJJ), wobei T=Tag, M=Monat und J=Jahr ist	ja		
5.	Hörgeräteerstversorgung				
	ja	true / false	ja	höchstens eine Antwort möglich	
	nicht bekannt	true / false			
	nein	true / false			
6.	Wenn Vorversorgung, wann	Jahr (JJJJ)	nein	Feld nur ausfüllbar, wenn bei 5. "nein" angekreuzt wurde	
7.	Sprachentwicklungsstörung				
	nein	true / false	ja	höchstens eine Antwort möglich	
	ja, audiogen	true / false			

	ja, andere Ursache	true / false	ja	Pflichtfeld eine Antwort möglich	
	nicht beurteilbar	true / false			
7a.	andere Ursache	Freitext	nein	Feld nur ausfüllbar, wenn bei 7. "ja, andere Ursache" angekreuzt wurde.	
Verordnung			(ja); mindestens (Vor Verordnung) und (Verordnung) oder (Nachsorge) müssen ausgefüllt sein.		
8.	Schallempfindungsschwerhörigkeit		ja	mindestens eine Antwort; mehrere Antworten sind möglich	Für die Nummern 8. bis 10. gilt: In den drei Nummern zusammen dürfen maximal einmal "rechts" und maximal einmal "links" angekreuzt werden.
	rechts	true / false			
	links	true / false			
9.	Schallleitungsschwerhörigkeit		ja	höchstens eine Antwort möglich	
	rechts	true / false			
	links	true / false			
10.	Kombinierte Schwerhörigkeit		ja	höchstens eine Antwort möglich	
	rechts	true / false			
	links	true / false			
11a.	Schweregrad der Hörstörung (WHO 2001): rechts		ja	höchstens eine Antwort möglich	
	normalhörig	true / false			
	geringgradig schwerhörig	true / false			
	mittelgradig schwerhörig	true / false			
	hochgradig schwerhörig	true / false			
	Hörreste oder Taubheit	true / false	ja	höchstens eine Antwort möglich	
11b.	Schweregrad der Hörstörung (WHO 2001): links				
	normalhörig	true / false			
	geringgradig schwerhörig	true / false			
	mittelgradig schwerhörig	true / false			
	hochgradig schwerhörig	true / false			
	Hörreste oder Taubheit	true / false	nein	mehrere Antworten möglich	
12.	Ärztlicher Vorschlag zur Gerätetechnik: Luftleitung				
	HdO	true / false			
	CROS	true / false			
	BiCROS	true / false			
	andere	true / false			

12a.	andere	Freitext	nein	Feld nur ausfüllbar, wenn bei 12. "andere" angekreuzt wurde	
13.	Ärztlicher Vorschlag zur Gerätetechnik: Knochenleitung				
	Kopfbügel / Stirnband	true / false	nein	mehrere Antworten möglich	
	teilimplantiertes Knochenleitungsgerät	true / false			
Nachsorge			(ja); mindestens (Vor Verordnung) und (Verordnung) oder (Nachsorge) müssen ausgefüllt sein.		
14.	Untersuchungsdatum (Nachsorge)	Datum (TT-MM-JJJJ), wobei T=Tag, M=Monat und J=Jahr ist)	ja		
15.	Der Hörgeräteversorgungsvorschlag entspricht dem aufgestellten Versorgungskonzept				
	ja	true / false	nein	höchstens eine Antwort möglich	
	nein	true / false			
16.	Abweichung in Luftleitung				
	HdO	true / false	nein	Feld nur ausfüllbar, wenn bei 15. "nein" angekreuzt wurde. Mehrere Antworten möglich.	
	CROS	true / false			
	BiCROS	true / false			
	andere	true / false			
16a.	andere	Freitext	nein	Feld nur ausfüllbar, wenn bei 16. "andere" angekreuzt wurde	
17.	Abweichung in Knochenleitung				
	Kopfbügel / Stirnband	true / false	nein	Feld nur ausfüllbar, wenn bei 15. "nein" angekreuzt wurde. Mehrere Antworten möglich.	
	teilimplantiertes Knochenleitungsgerät	true / false			
18a.	War der Hörgeräte-Versorgungserfolg ermittelbar				
	ja	true / false	ja	eine Antwort möglich	
	nein	true / false			

18b.	Hörgeräte-Versorgungserfolg ermittelt durch	true / false			
	Sprachaudiometrie	true / false	nein	Feld nur ausfüllbar, wenn bei 18a. "ja" angekreuzt wurde. Mehrere Antworten möglich.	
	Spielaudiometrie	true / false			
	andere altersgerechte Testverfahren	true / false			
19.	Versorgung erfolgte zuzahlungsfrei	true / false			
	ja	true / false	nein	eine Antwort möglich	
	nein	true / false			
20.	Kooperation erfolgt mit				
	Logopäde	true / false	nein	Mehrere Antworten möglich	
	Pädagoge	true / false			
	Betreuungseinrichtung	true / false			