

Aktenprüfung

Abt.	A.-Nummer	Name, Vorname	A.-Dat.	E.-Dat.	Tage
------	-----------	---------------	---------	---------	------

Grund der Überprüfung	
------------------------------	--

Prüfungskriterien Liegezeit		ja	nein
Begründung stationäre Aufnahme	nach AEP-Kriterien		
	nach medizinischen Kriterien		
Begründung der Liegezeit	nach AEP-Kriterien		
	nach medizinischen Kriterien		
Begründung praeoperativer Tag/Tage			
ärztliche Dokumentation ausreichend			
pflegerische Dokumentation ausreichend			
Kongruenz ärztliche/pflegerische Dokumentation			
Bemerkungen:			
potentielle Fehlbelegung in Tagen			

Prüfungskriterien Kodierung		ja	nein
Hauptdiagnose nach DKR zutreffend			
alle relevanten Nebendiagnosen erfaßt			
alle relevanten Prozeduren erfaßt			
fehlende Nebendiagnosen			
fehlende Prozeduren			
DRG-Eingruppierung nach Akte			
DRG-Eingruppierung nach Korrektur			

Bemerkungen:

Datum:.....

Unterschrift:.....

Prüfzeit:.....min.