

Geltungsbereich: EPZ Neuss	<b>Formblatt Komplikations- meldungen durch Zuweiser</b>	<b>EndoProthetikZentrum Neuss</b>
Ersteller: M. Seegers		Inkraftsetzung: 01.11.2022, Rev. III
Prüfer: Dr. med. M. Schulte-Mattler	RTK_EPZ_FB_Komplikationsmeldung- extern_221031 (002)	Seite 1 von 1
Freigabe: 26.05.2014 durch N. Rohde		

**Bitte an die Praxis Surface - Zentrum für Orthopädie  
per Fax: 02131-1288312 senden.**

Datum: \_\_\_\_\_ Zuweiser: \_\_\_\_\_

Patientenname: \_\_\_\_\_ Patientenvorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

**Welche Komplikation ist aufgetreten:**

---

---

---

---

**Welche Maßnahmen wurden bereits ergriffen?**

---

---

---

---

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_