



Geltungsbereich: EPZ Neuss	<b>Formblatt Komplikations- meldungen durch Zuweiser</b>	<b>EndoProthetikZentrum Neuss</b>
Ersteller: M. Seegers		
Prüfer: Dr. med. M. Schulte-Mattler	RTK_EPZ_FB_Komplikationsmeldung- extern_160602	Inkraftsetzung: 01.06.2014, Rev. I
Freigabe: 26.05.2014 durch Nicole Rohde		Seite 1 von 1

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