


Geltungsbereich: EPZ	<b>FB Komplikationsmeldung durch Kooperationspartner</b>	
Ersteller: D. Kalsen		
Prüfer: Dr. Piroth	FB Komplikationsmeldung Kooperationspartner	Inkraftsetzung: 15.12.2016
Freigabe: Dr. Schunck		Seite 1 von 1

**Bitte per Fax an: Sekretariat der Orthopädie (0221) 8274 2288**

**Verlegendes Krankenhaus**

Krankenhaus: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

**Patientendaten**

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Versicherung: \_\_\_\_\_

Wahlleistung:     1Bett Zimmer                       2-Bett Zimmer                       Chefarzt

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

**Infektion:**     Ja                       Nein                      Erreger: \_\_\_\_\_

**Welche Komplikation ist aufgetreten:**

\_\_\_\_\_

**Welche Maßnahmen wurden bereits ergriffen?**

\_\_\_\_\_

**Welche Maßnahmen sind gewünscht?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Angestrebtes Verlegungsdatum:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift Arzt:** \_\_\_\_\_