

**Komplikationserfassungsbogen extern für im  
EndoProthetikZentrum Sulzbach-Rosenberg, Krankenhausstr. 16, 92237 Sulzbach-Rosenberg  
operierte Patienten**

**Bitte per Fax an 09661/520-269**

(Telefonische Rückfragen unter 09661/520-303)

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

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

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

Welche Komplikation liegt vor:

---

---

---

---

Welche diagnostischen Maßnahmen sind erfolgt:

---

---

---

Welche Ersttherapie wurde begonnen:

---

---

---

---

Datum:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel