

**Komplikationsmeldung für Zuweiser**  
**EndoProthetikZentrum**  
Geltungsbereich: Klinik Bad Windsheim

**Bitte per Fax an: 09841 – 99-108**

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

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

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

**Welche Komplikation ist aufgetreten:**

---

---

**Welche Maßnahmen wurden bereits ergriffen?**

---

---

---

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