


Geltungsbereich: EPZ	<b>Komplikationsmeldung durch Zuweiser</b>	<b>Westklinik</b> <b>Dahlem</b> 
Ersteller: Dr. Peter Mark		
Prüfer: Dr. Peter Mark	WKD_EPZ_FB_Komplikationsmeldung_extern_01012015	Inkraftsetzung: 01.01.2015
Freigabe: Dr. Hein Kleihues		Seite 1 von 1

**Bitte per Fax an: Anmeldung OZS Fax. Nummer 399 77 444**

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

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

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

**Welche Komplikation ist aufgetreten:**

---



---

**Welche Maßnahmen wurden bereits ergriffen?**

---



---



---

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

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