



Aus Datenschutzgründen bitten wir Sie, dieses Formular nur mit Initialen und Nummer per Fax an 0711 / 6489-2227 zu senden und telefonisch die vollständigen Angaben zu den Personalien unter: 0711-6489 2203 durchzugeben.

Anmeldung zur Indikationsbesprechung am Endoprothetikzentrum

Vorstellung durch:

Stempel der Praxis:

Patientendaten:

Patienteninitialen und frei erfundene Patientennummer

Name, Vorname

Geb.datum:

Adresse:

Primärbehandlung

Infekt

Wechseloperation

Sonstige:

Klinische Angaben:

Alter: _____

Diagnose: _____

Behandlungsrelevante Nebendiagnosen: _____

Bisherige Therapie / Operationen:

Bisheriger Verlauf: _____

Aktuelle Problematik: _____

Relevante Bildgebung vorhanden: nein

ja

wenn ja, bitte Befunde und Bildgebung zum Vorstellungstermin zur Verfügung stellen

Fragestellung: _____

| | | | | | |
|---------------|--|---------------------------|-------------------------|----------------|-----------------------------------|
| Dateiname: | Anmeldung zur Indikationsbesprechung am Endoprothetikzentrum | | | | |
| Formularnr.: | F0411 | Version: | 2.0 | Seite: | 1 von 1 |
| erstellt: | E. Schick | überarbeitet/ geprüft: | Dr. Laufer, J. (ZK EPZ) | freigegeben: | Prof. Dr. Liener, U. (ZL & AD) |
| Erstelldatum: | 25.06.2015 | Datum: | 14.03.2022 | Freigabedatum: | 16.03.2022 |

