

Bitte ausgefülltes Formular per Fax an  
0711 / 6489-2227 senden!

## Anmeldung zur Indikationsbesprechung am Endoprothetikzentrum

Vorstellung durch: \_\_\_\_\_

Vorstellung gewünscht am: \_\_\_\_\_

Patientendaten: Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum, Geschlecht: \_\_\_\_\_

Straße, Ort: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

F0411



|               |  |                       |                             |                |                       |
|---------------|--|-----------------------|-----------------------------|----------------|-----------------------|
| Dateiname:    | Anmeldung zur Indikationsbesprechung am Endoprothetikzentrum |                       |                             |                |                       |
| Formularnr.:  | F0411  | Version:              | 1.0                         | Seite:         | 1 von 1               |
| erstellt:     | E. Schick  | überarbeitet/geprüft: | I. Moritz / OA Dr. Reichert | freigegeben:   | Prof. Dr. Liener (ÄD) |
| Erstelldatum: | 25.06.2015   | Datum:                | 07.09.2015                  | Freigabedatum: | 08.09.2015            |