

Praxis-Stempel

Patientenaufkleber

An die

**Krankenhaus St. Marienstift Magdeburg GmbH**  
**Harsdorfer Str. 30**  
**39110 Magdeburg**

Ausfüll-Datum:

Sehr geehrte Frau Doktor, sehr geehrter Herr Doktor,

bitte senden Sie diesen Bogen vollständig ausgefüllt 7 Tage nach Entlassung aus der kurzstationären Behandlung wieder an das Krankenhaus St. Marienstift zurück.

1. Kam es intraoperativ zu Komplikationen? Ja  Nein  nicht mitgeteilt

Wenn ja, welche Komplikationen?  
anästhesiologisch: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

operativ: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kam es zu Wundheilungsstörungen? Ja  Nein  Wundheilungsdatum:

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

2. Weiterbehandlung des Patienten:

im Akutkrankenhaus: \_\_\_\_\_  
(Klinik)

in der Reha-Klinik: \_\_\_\_\_  
(Klinik)

Ambulant  beim Hausarzt  Facharzt für: \_\_\_\_\_  
(Fachrichtung)

in der Kurzzeitpflege

in der Pflege (SGB XI); Pflegestufe: \_\_\_\_\_

Arbeitsunfähigkeit (AU) seit: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Voraussichtliche AU-Dauer länger als 6 Monate Ja  Nein

derzeitige AU-Diagnose: \_\_\_\_\_ ICD-10: \_\_\_\_\_

derzeitige Verordnungen, die mit der Operation im Zusammenhang stehen (ggf. Rückseite):