

Praxis-Stempel



Qualitätsbogen

(Dieser Bogen muss für jeden Patienten vom Weiterbehandler ausgefüllt werden!)

Patientenaufkleber

An das

MLZ Dessau
Gropiusallee 3

06846 Dessau

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 MLZ Dessau 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):