

Praxis-Stempel



## Qualitätsbogen

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

Patientenaufkleber

An das

**Diakoniewerk Halle**  
**Lafontainestraße 15**

**06114 Halle**

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 Diakoniewerk Halle 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):