

**Bitte per Fax an: Sekretariat der Unfallchirurgie – Klinikum Bayreuth (0921/400-88-5302)**

**oder**

**Sekretariat der Orthopädie – Klinik Hohe Warte (0921/400-88-4702)**

Datum: \_\_\_\_\_

Zuweiser: \_\_\_\_\_

Patientenname: \_\_\_\_\_

Patientenvorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

**Welche Komplikation ist aufgetreten?**

Aus internen Qualitätssicherungsgründen bitten wir um Mitteilung, wenn innerhalb von 90 Tagen nach der OP eine oder mehrere der folgenden Komplikationen aufgetreten sind:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Periprothetische Infektion   | <input type="checkbox"/> Hüftluxation                         |
| <input type="checkbox"/> Aufgetretener Trochanterabriss                                       | <input type="checkbox"/> Periprothetische Fissur oder Fraktur |
| <input type="checkbox"/> Thrombose/Embolie  | <input type="checkbox"/> Neurologische Komplikation           |
| <input type="checkbox"/> Re-Intervention aufgrund operativ<br>behandlungsbedürftiger Probleme | <input type="checkbox"/> Patient verstorben                   |
|   | <input type="checkbox"/> _____                                |

**Welche Maßnahmen wurden bereits ergriffen?**

---

---

---

**Kontaktdaten für Rückmeldung?**

---

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Arztstempel