Praxisstempel

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name der Patientin/ des Patienten: Geb.-Datum

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Diagnose

Es sind folgende Komplikationen oder Probleme aufgetreten:

* Wundinfekt
* Verdauungsstörung
* Verzögerter Kostaufbau
* Schmerzen, wo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Sonstige Beschwerden: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Um Rückruf wird gebeten unter: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Weitere Aspekte der Zusammenarbeit:

 Ja nein

Der Arztbrief ist zeitnah eingetroffen 🖵 🖵

Der Informationsfluss war zufriedenstellend 🖵 🖵

Ein verantwortlicher Arzt ist für mich erreichbar 🖵 🖵

Mit den Behandlungsergebnissen bin ich zufrieden 🖵 🖵

**Rückmeldung**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **per Fax an**:  | **per KIM-Telematik**:  | **per E-Mail an:**  |
| 0511/3394-3511 | chirurgie@Clementinenhaus.kim.telematik | Chirurgie@clementinenhaus.de |