

Sehr geehrte(r) Frau Kollegin/ Herr Kollege,

das nachfolgende Formular dient der Übermittlung von Informationen über Komplikationen (auch i. S. von Wundheilungsstörungen, AZ-Verschlechterung oder Fatigue etc.), Nachsorgeuntersuchungsergebnissen oder Therapieänderungen bzw. - Abbruch. Wir möchten damit den Informationsfluss zwischen ambulanter und stationärer Behandlung verbessern, um gemeinsam eine bestmögliche Behandlungsqualität sicherzustellen. Wir gehen davon aus, dass die Datenübermittlung nach Information und Zustimmung der Patientin erfolgt.

Sie können sich Sie das Formular entweder ausdrucken und an die Fax.- Nummer 07141-99-60418 faxen oder per E-Mail an Ralph Kristen [ralph.kristen@kliniken-lb.de](mailto:ralph.kristen@kliniken-lb.de) schicken.

Praxisadresse	
PID (Patientenidentifikationsnummer aus dem Arztbrief)	
Feststelldatum/Nachsorgedatum	
Bei Komplikationen / Therapieänderung oder – abbruch beschreiben Sie diese bitte als Klartext	
Nachsorgeuntersuchung	<input type="checkbox"/> geplante Nachsorgeuntersuchung <input type="checkbox"/> Abklären von Beschwerden / Befunden
Durchgeführte Untersuchungen	<input type="checkbox"/> klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> bildgebende Diagnostik <input type="checkbox"/> Labor
Untersuchungsergebnis	<input type="checkbox"/> kein Anhalt von Progredienz <input type="checkbox"/> v. a. Progress <input type="checkbox"/> Rezidiv <input type="checkbox"/> Sonstiges
Bemerkungen	