

Komplikation bei Patienten des Brustzentrums der Park-Klinik Weißensee

Bitte per Fax an: 030 9628 3655

Datum: _____ ZuweiserIn: _____

PatientInnendaten:

Name: _____ Vorname: _____

Geb.datum: _____

Welche Komplikation ist aufgetreten:

Welche Maßnahmen wurden bereits ergriffen?

Berlin, den _____ Unterschrift: _____