

Komplikationserfassungsbogen

Persönliche Daten des Patienten:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum : _____

Anschrift : _____

Hausarzt :

(Name, Adresse) : _____

Ist im Rahmen der Tumorbehandlung eine der folgenden Komplikationen aufgetreten?

- | | | |
|-----------|--|-----------|
| 1) | Späte Wundinfektion / Wundheilungsstörung | Ja / Nein |
| 2) | Späte Blutung / Nachblutung | Ja / Nein |
| 3) | Anastomosenstenose | Ja / Nein |
| 4) | Hoher Flüssigkeits-/Elektrolytverlust über Ileostoma | Ja / Nein |
| 5) | Parastomale Hernie | Ja / Nein |
| 6) | Probleme mit der Stomaversorgung | Ja / Nein |
| 7) | Narbenhernie | Ja / Nein |
| 8) | Potenzstörungen | Ja / Nein |
| 9) | | |

Datum

Unterschrift