



An
PD Dr. med. Peter Bojko
per Fax: 089/1303-4375
E-Mail: peter.bojko@swmbrk.de

Rückmeldebogen

Datum: ____ . ____ . ____

Patientendaten:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: ____ . ____ . ____

- Grund der Rückmeldung:**
- Stationäre Aufnahme aufgrund einer (akuten) Komplikation
 - Spätkomplikation, die weitere Behandlung erfordert
 - Änderung der empfohlenen Therapie
 - Andere:
- _____

Indizierte Maßnahme/ Erläuterung:

Rückmeldung von:

am ____:____:____, ____:____ Uhr

Unterschrift: _____