



**Anzeige von Komplikationen**  
Viszeralonkologisches Zentrum

**Personalien des Patienten**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

**Diagnose**

---

---

**Therapie**

---

---

---

**Nach Entlassung des Patienten ist folgende Komplikation aufgefallen**

---

---

---

---

---

---

---

---

Minden,

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

