



**KOMPLIKATIONSMELDUNG**  
**FAX 0049 – (0)2508-2159-111**

**Arztdaten:**

Name: \_\_\_\_\_

NETZWERK-Arzt Nummer: \_\_\_\_\_

Praxisanschrift: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Wo wurde die Behandlung durchgeführt:

Praxis       anderer Ort: \_\_\_\_\_

**Patientendaten:**

Geschlecht:  weiblich     männlich

Alter: \_\_\_\_\_

Behandelte Region: \_\_\_\_\_

Behandlungsdatum: \_\_\_\_\_

Mittel:  Mohren/Viktoria Apotheke     Skin Plus 1+2     nur Skin Plus 1

Anderes: \_\_\_\_\_

Dosierung: \_\_\_\_\_

Nachbehandlung: \_\_\_\_\_

**Mittel:**

Mohren Apotheke

Chargen Nr.: \_\_\_\_\_



## KOMPLIKATIONSMELDUNG

**FAX 0049 – (0)2508-2159-111**

Viktoria Apotheke

Chargen Nr.: \_\_\_\_\_

Haltbar bis: \_\_\_\_\_

Bellevue Apotheke

Chargen Nr.: \_\_\_\_\_

Haltbar bis: \_\_\_\_\_

Skin Plus 1+2

Lot Nr.: \_\_\_\_\_

Haltbar bis: \_\_\_\_\_

Lagerung

Kühlschrank                       Zimmertemperatur

### Anamnese Besonderheiten

Nikotin                       Alkohol                       Allergien                       Stoffwechseldefekte

Durchblutungsstörungen im behandelten Areal

entzündl. Bindegewebserkrankungen                       Sklerodermie, Pemphigus vulgaris, Mb.

Werlhof, syst. Lupus erythematodes

schwere Lebererkrankungen

Nierenerkrankungen

Lipodystrophie

Blutgerinnungsstörung

Akute oder chronische Infektionskrankheiten

schwere Lebererkrankungen

Nierenerkrankungen

Lipodystrophie

Blutgerinnungsstörung

Akute oder chronische Infektionskrankheiten

Hat der Patient/die Patientin vor der Lipolyse eine andere Behandlung in derselben Region durchführen lassen wie Fettabsaugung, Laserlipolyse, Cryolipolyse, Ultraschall,....



## **KOMPLIKATIONSMELDUNG**

**FAX 0049 – (0)2508-2159-111**

ja

nein

Wenn ja, welche und wie lange ist diese Behandlung her?

---

Wie dick war die behandelte Fettschicht?

\_\_\_\_\_ cm

---

**Wann wurde die Behandlung durchgeführt?**

---

### **Information zur Behandlung**

*Behandlung nach NETZWERK Protokoll*

### **Diagnose Komplikation**

---



---

### **Verlauf der Therapie der Komplikation**

---



---

### **Beurteilung des Kausalzusammenhangs**

gesichert

wahrscheinlich

möglich

unwahrscheinlich

nicht zu beurteilen

---



**KOMPLIKATIONSMELDUNG**  
**FAX 0049 – (0)2508-2159-111**

**Wer wurde informiert?**

NETZWERK Büro

Medical Advisory Board

Behandelnder Kollege

Krankenhaus

Datum \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_