

# 005. KOMPLIKATIONSFORMULÄR



Patientens personnummer (ååååmmdd-nnnn): \*

Bedömningsdatum (åååå-mm-dd): \*

Sida där komplikation uppstått:  Höger  Vänster  Bilateralt

Har reoperation krävts?

Nej

Ja, datum

## Typ av komplikation:

Diagnoskod 1.

Åtgärdskod 1.

Diagnoskod 2.

Åtgärdskod 2.

Diagnoskod 3.

Åtgärdskod 3.

Diagnoskod 4.

Åtgärdskod 4.

Diagnoskod 5.

Åtgärdskod 5.

Övrig information i fritext: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_