|  |  |
| --- | --- |
| Anfragendes Endoprothetik-Zentrum: |  |
| Klinikum/Unternehmen: |  |
| Anschrift (Straße, PLZ, Ort): |  |
| Anzahl der Standorte: |  |

|  |
| --- |
| **Anfrage für das / die Modul(e)** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Schulter-Modul |
|  |  |  |
|  |  | Modul Endoprothetik am Oberen Sprunggelenk (OSG-Modul) |
|  |  |  |
|  |  | Tumor-Modul |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Anzahl endoprothetischer Eingriffe  **Schulter** | Gesamt | Elektiver  Primärendoprotheseneingriff | Endoprothesen-Wechsel-OP | Primär- endoprothese  bei Fraktur |
| aktuelles Kalenderjahr (Prognose) |  |  |  |  |
| letztes Kalenderjahr |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Anzahl endoprothetischer Eingriffe  **OSG** | Gesamt | OSG-TEP primär | OSG-TEP Wechsel |
| aktuelles Kalenderjahr (Prognose) |  |  |  |
| letztes Kalenderjahr |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Anzahl endoprothetischer Eingriffe  **Tumorendoprothetik** | Gesamt | Elektive  Primärendoprothetik | Endoprothesen-Wechsel-OP |
| aktuelles Kalenderjahr (Prognose) |  |  |  |
| letztes Kalenderjahr |  |  |  |

Für die Richtigkeit der Angaben

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort, Datum |  | Verantwortliche Person (Unterschrift anfragendes Zentrum) |