



Brustzentrum
Fax: 07231 498 2708

Harnblasenkrebszentrum
Fax: 07231 498 6708

Lungenkrebszentrum
Fax: 07231 498 3908

Darmkrebszentrum
Fax: 07231 498 4708

Hoden-Penis-Schwerpunkt
Fax: 07231 498 6708

Nierenkrebszentrum
Fax: 07231 498 6708

Gynäkologisches Krebszentrum
Fax: 07231 498 2708

Kopf-Hals-Tumorzentrum
Fax: 07231 498 9708

Prostatakrebszentrum
Fax: 07231 498 6708

Rückmeldebogen

Patientenname:

Geburtsdatum:

Hausarzt:

Onkologe:

1. Wir bitten um Rückruf unter

Praxisnummer

folgender Nummer _____

2. Wir bitten um Zusendung folgender Unterlagen:

Entlassbericht

Pathologiebefund

Operationsbericht

Tumorkonferenzbeschluss

3. Bei unserem gemeinsamen Patienten sind Komplikationen aufgetreten:

nein ja, welche _____

Befundberichte liegen bei

4. Wir bitten um Wiedervorstellung des Patienten

sofort

zum nächstmöglichen Zeitpunkt

nach Vereinbarung in Ihrer Sprechstunde

nach dem Telefonat mit dem Patienten

Ort, Datum

Praxisstempel, Unterschrift