

Kontaktformular zur Patientenmeldung

Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Tumorchirurgie &
Viszeralonkologisches Zentrum mit Darmkrebszentrum,
Pankreaskrebszentrum und Speiseröhrenkrebszentrum



Bitte senden Sie das Formular inklusive relevanter Vorbefunde

- per Fax an: (0681) 406-1203
- per E-Mail an: allgemeinchirurgie@caritasklinikum.de

Persönliche Besprechung Oberarzt: (0681) 406-1201 (über Sekretariat erreichbar)

Zuweiser:

Praxis: _____

Telefon für Rückfragen: _____

Patient:

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Telefon: _____ Versicherung: _____

☐

Patient wurde informiert und ist mit der Anmeldung sowie der Weiterleitung seiner Daten an das CaritasKlinikum einverstanden.

Grund der Anmeldung:

Rückmeldung an den Zuweiser:

☐

Anfrage terminiert am: _____

Der Termin wird dem Patienten durch uns mitgeteilt.

☐

Ergänzende Kommentare:

