

## Kontaktformular zur Patientenanmeldung

**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](mailto: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:

---

---

---