

Kontaktformular zur Patientenanmeldung

Klinik für Hämatologie und Onkologie

Bitte senden Sie das Formular inklusive relevanter Vorbefunde

- per Fax an: (0681) 406-1103
- per E-Mail an: m.matheis@caritasklinikum.de

Persönliche Besprechung Oberarzt: (0681) 406-1115 (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:
