

Fax- /E-Mail-Anfrage

Datum: _____

Name des Patienten: _____

Geb. Datum: _____

Anschrift: _____

Tel.: _____

Krankenkasse: _____

Diagnose: _____

Hausarzt/Facharzt: _____

Ich bitte um:

- Rückruf unter _____
- Terminvergabe für folgende Sprechstunde
- Vorstellung im interdisziplinären Tumorboard
- Zweitmeinung
- OP-Termin

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass mir eine Schweigepflichtentbindung vorliegt.

_____ (Unterschrift mit Praxisstempel)

Bitte ausgefülltes Formular an die zuständige Abteilung richten:

Onkologisches Zentrum und Zentrum für
Hämatologische Neoplasien
Fax: 0681-406 1103

E-Mail: onkologie@caritasklinikum.de

Viszeralonkologisches Zentrum mit
Darmkrebs & Speiseröhrenkrebszentrum
Fax: 0681-406 1203

E-Mail: allgemeinchirurgie@caritasklinikum.de

Brustkrebs & Gynäkologisches Zentrum
Fax: 0681-406 1383

E-Mail: gynaekologie@caritasklinikum.de

Kopf-Hals-Tumorzentrum
Fax: 0681-406 1403

E-Mail: hno_anmeldung@caritasklinikum.de