

Einweiseranfragen Interdisziplinäres Bauchzentrum

Rückmeldung an: E-Mail: chirurgie.bna@marienhaus.de · Telefax: 02641 83-1250

Datum: _____

Patientenangaben:

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____ Telefon: _____

Diagnose: _____

Nebendiagnose: _____

Behandelnder Hausarzt/Facharzt: _____

Anschrift: _____

Ich bitte um:

- Vorstellung im interdisziplinären Tumorboard am _____ Zweit-Meinung
- Rückruf unter _____ OP-Termin
- Terminvergabe für folgende Sprechstunde _____
- Rückmeldung zu folgenden Anliegen/ Fragen / Komplikationen:

Anfordernder Arzt: _____ Durchwahl: _____

Unterschrift: _____