



Brustzentrum  
Fax: 07231 498 2708

Harnblasenkrebszentrum  
Fax: 07231 498 6708

Lungenkrebszentrum  
Fax: 07231 498 3908

Darmkrebszentrum  
Fax: 07231 498 4708

Hoden-Penis-Schwerpunkt  
Fax: 07231 498 6708

Nierenkrebszentrum  
Fax: 07231 498 6708

Gynäkologisches Krebszentrum  
Fax: 07231 498 2708

Kopf-Hals-Tumorzentrum  
Fax: 07231 498 9708

Prostatakrebszentrum  
Fax: 07231 498 6708

## Rückmeldebogen

Patientenname:

Geburtsdatum:

Hausarzt:

Onkologe:

1. Wir bitten um Rückruf unter

Praxisnummer

folgender Nummer \_\_\_\_\_

2. Wir bitten um Zusendung folgender Unterlagen:

Entlassbericht

Pathologiebefund

Operationsbericht

Tumorkonferenzbeschluss

\_\_\_\_\_

3. Bei unserem gemeinsamen Patienten sind Komplikationen aufgetreten:

nein  ja, welche \_\_\_\_\_

Befundberichte liegen bei

4. Wir bitten um Wiedervorstellung des Patienten

sofort

zum nächstmöglichen Zeitpunkt

nach Vereinbarung in Ihrer Sprechstunde

nach dem Telefonat mit dem Patienten

Ort, Datum

Praxisstempel, Unterschrift