

Darmzentrum	Formular FI_Rückmeldebogen Darmzentrum UKM Marienhospital_DZ	Version 2 / Dok.-Nr. 69950
		Stand: 13.10.2023
		Nächste Revision: 12.10.2025



Rückmeldebogen Darmzentrum UKM Marienhospital (per Fax an **02552 – 79 1403**)
Anliegen, Anmeldungen, Fragen

Datum:

Angaben zum Patienten

Name:

Geburtsdatum:

Diagnose:

Nebendiagnose:

Ich bitte um:

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

Datum, jeden Mittwoch, 12:00 Uhr

Freitext:

Anfordernder Arzt

Ggfs. Praxisstempel

Unterschrift

Ausgefülltes Formular bitte **faxen** an:

Darmzentrum UKM-Marienhospital
Chefarzt Herr Dr. Reiner Schürmann
(Fax Sekretariat) 02552 – 79 1403

Erstellt durch (Autoren): Kintrup, Sylvia	Geprüft durch: Kintrup, Sylvia am 13.10.2023 (formal) Münch, Bernd am 13.10.2023 (inhaltlich)	Freigegeben durch: Schürmann, Dr. Reiner am 13.10.2023	Seite 1 von 1
--	---	--	------------------