

Anmeldung zur Tumorkonferenz und Rückmeldebogen für niedergelassene Ärzte

Bitte leiten Sie dieses Formular nach dem Ausfüllen zeitnah per Fax an den Koordinator des jeweiligen Zentrums weiter.

Datum: _____

Patientenangaben:

Name: _____

Anschrift: _____

Geb. Dat. _____

Tel.: _____

Behandelnder Hausarzt/ Facharzt: _____

Anschrift: _____

Ich bitte um:

Vorstellung in der interdisziplinären Tumorkonferenz am: _____

Ich melde ebenfalls an der o.g. Tumorkonferenz Personen als Teilnehmer an

Rückruf unter:

Terminvergabe für folgende Sprechstunde:

Zweit-Meinung

OP-Termin

Rückmeldung:

Ich möchte für o.g. Patienten eine Rückmeldung geben

Grund der Rückmeldung:

Stationäre Wiederaufnahme wegen akuter Komplikationen

Spätkomplikationen

Notfall

Andere: _____

Anfordernder Arzt

Datum, Unterschrift

Bitte ausgefülltes Formular faxen an:

Brustzentrum am Verbundkrankenhaus Bernkastel/ Wittlich:

Leitung: OÄ Olga Truszkowski

Tel.: 06571 15 32516

Fax: 06571 15 32590

Darmzentrum am Verbundkrankenhaus Bernkastel/ Wittlich:

Koordinator: OA Guido Rose

Tel.: 06571 15 32215

Fax: 06571 15 32290