


CHIR / GYN / INN Ärzte / Sekretariat	MARIENHAUS KLINIKUM IM KREIS AHRWEILER <b>BNA</b>	 MARIEN HAUS
<b>Formular</b>	Faxanfrage Krebszentrum	Seite 1 von 1

Datum:.....

**Patientenangaben:**

Name:.....

Geb. Datum:.....

Anschrift:.....

Tel:.....

.....

Diagnose:.....

Nebendiagnose:.....

**Behandelnder Hausarzt/Facharzt:** .....

Anschrift: .....

**Ich bitte um:**

Vorstellung im interdisziplinären Tumorboard am .....

Rückruf unter .....

Zweit-Meinung

Terminvergabe für folgende Sprechstunde:

OP-Termin

Anfordernder Arzt:.....

Unterschrift:.....

Bitte ausgefülltes Formular faxen an:

**Brustkrebszentrum** Marienhaus Klinikum:

Tel.: 02641/83 8350

Fax: 02641 83-1350

**Interdisziplinäres Bauchzentrum** Marienhaus Klinikum: Tel.: 02641/83 5250

Fax: 02641 83-1250

Erstellung	Prüfung	Freigabe	Version / Revision
B. Kastenholz (QM) 15.08.2013	Dr. J. Spanier (CA)/ Dr. K. Prenzel (CA) 30.08.2013	Dr. J. Spanier (ÄD)/ T. Karls (KD) 30.08.2013	2 30.08.2015