



Rückmeldebogen Darmkrebszentrum

Fax: 04421 89-2178

Einweiserdaten

Name des Arztes: _____

PLZ/Ort: _____

Tel.-Nr.: _____

E-Mail-Adresse: _____

Ihr Anliegen/Ihre Beschwerde/ Ihr Problem:

Lösungsvorschlag:

Ansprechpartner Darmkrebszentrum

PD Dr. Alexandra König / Dr. Marcus Schmitt

Tel.-Nr. : 04421 89-2142 / 04421 89-1142

Datum und Unterschrift: _____